



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA

RAQUEL PEREIRA DE SOUZA

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO
DE LAPAROTOMIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA

CEILÂNDIA (DF)

2013

RAQUEL PEREIRA DE SOUZA

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO
DE LAPAROTOMIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA

Trabalho de Conclusão de Curso do curso
em Enfermagem, para obtenção do título
de Bacharel em Enfermagem-
Universidade de Brasília, Faculdade de
Ceilândia.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Mani Indiana Funez

CEILÂNDIA (DF)

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Souza, Raquel Pereira de

Caracterização do perfil de pacientes no período pós-operatório de laparotomia em clínica cirúrgica. – 2013.

59f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade de Brasília,
Faculdade de Ceilândia.

Curso de Enfermagem, 2013.

Orientadora: Professora Dra. Mani Indiana Funez

1. Procedimento Cirúrgico 2. Assistência de enfermagem 3. Recuperação Pós- Operatória. I. Funez, Mani Indiana. II. Universidade de Brasília. Curso de Enfermagem. III. Caracterização do perfil de pacientes no período pós-operatório de laparotomia em clínica cirúrgica.

RAQUEL PEREIRA DE SOUZA

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES NO PERÍODO PÓS-
OPERATÓRIO DE LAPAROTOMIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem (TCCE) apresentado a Comissão de Graduação para TCCE da Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: ____ de _____ de 2013.

Prof^a. Dr^a: Mani Indiana Funez- Orientadora

Prof^a. Dr^a: Marcia Cristina da Silva Magro

Prof^a. Dr^a. Michelle Zampieri Ipolito

Dedico este trabalho à minha família que constitui a razão do meu ser.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida, força e equilíbrio que me proporciona.

À minha mãe que não mediu esforços pra me proporcionar as melhores condições de estudo. Seus braços sempre estiveram prontos para me acolher a qualquer momento, investindo em meus sonhos como se fossem os seus. Pessoa de críticas duras e alguns poucos elogios, cobrou resultados na mesma medida que ofereceu incentivo, o que me proporcionou a oportunidade de um enorme crescimento pessoal e profissional. Acreditou na minha capacidade e responsabilidade. Palavra nenhuma no mundo traduz o quanto eu amo e admiro esta mulher.

Ao meu pai pelo apoio, pelo amor, por me ensinar a ser forte nas minhas decisões e enfrentar a vida.

Às minhas tias Luiza e Antônia que cuidaram de mim e me oferecem amor de mãe até hoje.

Aos meus avós Dino, Maria, Lídio e Luzia pelas lições e carinho que dedicam a mim. Suas histórias de vida me servem como exemplo de determinação e superação.

Aos meus irmãos Cleiton e Anderson, pelo vínculo lindo que permitiram que estabelecêssemos. Me ensinaram a amá-los e admirá-los. Estão sempre prontos pra me ajudar quando eu grito por socorro. Obrigada pela amizade e pela compreensão!

Aos meus irmãos de coração Daniela, Rafaela, Danilo, Lucas e Vinícius, por serem as pessoas que compartilharam os momentos mais importantes da minha vida, pelas risadas e pelas brigas. São essenciais na minha caminhada.

Aos meus primos Fábio, Flávio e Thiago por sempre estarem ao meu lado, mostrando sua felicidade a cada conquista minha.

Aos meus afilhados Luiz Gustavo e Miguel que são capazes de deixar meus dias mais felizes apenas com um sorriso!

Aos meus colegas da 2ª turma de enfermagem por compartilharem comigo as experiências, as alegrias e dificuldades do curso.

Às amigas Alessandra, Barbara e Vanessa pelo companheirismo nestes 5 anos de graduação, por me motivarem a ser determinada e a ter dedicação na profissão que escolhi.

À professora Mani por todo o aprendizado que me proporciona e por me inspirar como exemplo de enfermeira e educadora. Me incentiva a pesquisar e estudar cada vez mais sempre que me lembra o quanto é gratificante aprender algo novo.

Às professoras Márcia e Michelle por aceitarem participar da banca examinadora deste trabalho.

Aos integrantes do grupo de estudo integrado, onde tive oportunidade de ampliar meus conhecimentos.

Aos enfermeiros e técnicos que me acompanharam nos campos de estágio por compartilharem conhecimentos e práticas comigo, contribuindo para minha formação profissional.

Aos pacientes que se submeteram aos meus cuidados e aos que aceitaram participar deste estudo, tornando este trabalho possível.

“Ali a pena dançará e nenhuma câimbra na felicidade, nem faíscas de isolamento nos fará desistir de estarmos “todos juntos”.”

Caio Sólh

“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando no fim terás o que colher.”

Cora Coralina

RESUMO

A intervenção cirúrgica de acesso aos órgãos abdominais denominada de laparotomia é realizada com diversas finalidades que se estendem desde o diagnóstico até o tratamento de uma patologia. O objetivo deste trabalho foi caracterizar o perfil de pacientes submetidos a este tipo de cirurgia, levando em consideração que a recuperação de cada paciente deve ser considerada sob o aspecto individual e depende de fatores específicos do procedimento, do seu estado clínico pré-operatório e cuidados pós-operatórios. A pesquisa foi realizada por meio da coleta de dados de pacientes internados na Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Regional de Ceilândia, nas primeiras 48 horas após a laparotomia. A busca dos dados foi feita através do prontuário eletrônico e realizou-se anamnese e exame físico. Participaram da pesquisa 32 pacientes, tendo-se obtido uma amostra uniforme em relação aos dados sócio-demográficos. A principal causa que levou ao procedimento cirúrgico foi dor abdominal. Os dados encontrados chamam atenção para o risco de infecção neste tipo de cirurgia. A principal complicação encontrada foi dor pós-operatória com frequência de 72%, sendo a maioria de intensidade moderada a severa. A êmese também foi observada como complicação presente em 40% dos pacientes. Não houve complicações de cicatrização e os sinais encontrados na avaliação das feridas operatórias foram característicos de normalidade. De acordo com as complicações encontradas na população estudada pode-se sugerir que o enfermeiro da clínica cirúrgica deve garantir uma assistência voltada ao controle adequado da dor e da êmese.

Palavras-chaves: procedimento cirúrgico; assistência de enfermagem; recuperação pós-operatória.

ABSTRACT

The surgical access to the abdominal organs called laparotomy is performed for various purposes extending from diagnosis to treatment of a pathology. The aim of this study was to characterize the profile of patients undergoing this type of surgery, taking into account that the recovery of each patient must be considered under the aspect of individual and depends on procedure specific factors as well as preoperatively clinical status and postoperatively care. The research was conducted by collecting data from patients admitted to the Unit of Clinical Surgical of Hospital Regional Ceilândia, in the first 48 hours after laparotomy. Data search was performed using the electronic medical record and anamnesis and physical examination. Participants were 32 patients, presenting uniformly with respect to socio-demographic data. The main cause that led to surgery was abdominal pain. The findings draw attention to the risk of infection in this type of surgery. The main complication encountered was postoperative pain with frequency of 72%, and the majority of moderate to severe intensity. Emesis also was observed as a complication present in 40% of patients. Healing complications were not observed and the signs found during surgical wound evaluation were characteristic of normality. Complications found in the studied population suggest that the nurse of surgical clinic must ensure the care aimed at adequate control of pain and emesis.

Keywords: surgical procedure; nursing care; postoperative recovery.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição de pacientes com doenças pré-existent em números absolutos.....	26
Figura 2. Antecedentes de procedimentos cirúrgicos na população estudada. Valores indicam o número de pacientes expressos em números absolutos.....	27
Figura 3. Proporção do uso de sonda nasogástrica durante o ato cirúrgico.....	28
Figura 4. Avaliação da frequência cardíaca. Valores indicam o número de pacientes expressos em números absolutos.....	29
Figura 5. Avaliação da pressão arterial. Valores indicam o número de pacientes expressos em números absolutos.....	30
Figura 6. Presença de edema de membros inferiores. Valores indicam o número de pacientes expressos em números absolutos.....	30
Figura 7. Avaliação da frequência respiratória. Valores indicam o número de pacientes expressos em números absolutos.....	31
Figura 8. Proporção de pacientes com queixa de tosse.....	32
Figura 9. Proporção de pacientes com presença de dor à palpação superficial.....	34
Figura 10. Distribuição das características das feridas operatórias.....	37
Figura 11. Proporção de pacientes com presença de dor.....	37
Figura 12. Proporção de dor segundo sua duração.....	38
Figura 13. Qualidade do sono relatada. Dados expressos em proporção.....	39
Figura 14. Capacidade para o autocuidado. Dados expressos em proporção de pacientes que foram capazes de realizar a higiene pessoal (banho).....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Motivo da internação hospitalar.....	24
Tabela 2. Distribuição dos pacientes estudados de acordo com o diagnóstico médico.....	25
Tabela 3. Distribuição de pacientes com uso contínuo de medicamentos no período pré-operatório.....	26
Tabela 4. Tempo de duração das cirurgias em minutos.....	27
Tabela 5. Tipo de anestesia utilizada durante o procedimento cirúrgico.....	28
Tabela 6. Extensão da incisão cirúrgica expressa em centímetros.....	28
Tabela 7. Expansibilidade torácica.....	31
Tabela 8. Tipos de abdome encontrados à inspeção abdominal.....	32
Tabela 9. Ruídos hidroaéreos auscultados no exame abdominal.....	33
Tabela 10. Sons observados à percussão no exame abdominal.....	33
Tabela 11. Quantidade de episódios de vômito apresentados após a cirurgia até o momento da avaliação.....	34
Tabela 12. Tipo de dieta alimentar no momento da avaliação.....	34
Tabela 13. Eliminação intestinal relatada pelo paciente após o procedimento cirúrgico.....	35
Tabela 14. Frequência urinária de acordo com o número vezes por dia.	35
Tabela 15. Cor da urina relatada pelo paciente.....	36
Tabela 16. Quantidade de ingesta de líquido estimada em litros por dia.....	36
Tabela 17. Local referido de dor.....	38
Tabela 18. Intensidade da dor.....	38
Tabela 19. Movimentação relacionada à capacidade de deambular.....	39
Tabela 20. Classes Farmacológicas de medicamentos prescritos no período pós-operatório..	40
Tabela 21 – Principais complicações encontradas no estudo, necessidades e ações de enfermagem propostas.....	47

SUMÁRIO

1. Introdução.....	14
2. Objetivos.....	20
Objetivo geral.....	20
Objetivos específicos.....	20
3. Metodologia.....	21
Tipo de estudo.....	21
Local de estudo.....	21
População e amostra.....	21
Equipe de execução.....	21
Etapas da investigação.....	21
Ética na pesquisa.....	23
Tratamento dos dados.....	23
4. Resultados.....	24
5. Discussão.....	41
6. Conclusões.....	50
7. Referências bibliográficas.....	52
8. Anexos.....	55
9. Apêndices.....	58

INTRODUÇÃO

No âmbito cirúrgico, o termo laparotomia tem sido utilizado para designar a abertura da cavidade abdominal, apesar de ter na origem da palavra o significado de “secção do flanco”. A prática de laparotomia descende de tempos antigos e evoluiu significativamente com o passar dos anos, tornando-se mais usual quando se deu início à utilização de drogas curarizantes e entubação orotraqueal no auxílio do procedimento de abertura e fechamento do abdome (TAZIMA; VICENTE; MORYA, 2011).

A laparotomia consiste no acesso aos órgãos da cavidade abdominal com objetivos terapêuticos, diagnósticos, paliativos, profiláticos e para vias de coleções líquidas. Desse modo, este tipo de cirurgia pode ser classificado como exploradora ou eletiva. A laparotomia exploradora acontece quando há necessidade de se explorar a dimensão de lesões abdominais ou para investigar e tratar patologias desconhecidas. Já a eletiva acontece quando se tem um conhecimento prévio do problema e a operação é importante no tratamento. Nesses casos, a exposição anatômica é ampla com trauma cirúrgico reduzido, pois é realizado um estudo e uma preparação pré-operatória específica para a intervenção (ROTHROCK; ALEXANDER, 2008; SILVA et al, 2010).

Com o desenvolvimento tecnológico da área, surgiu na década de 1980 a vídeo-laparoscopia. Esta técnica permite que se façam procedimentos intracavitários utilizando equipamentos ótico-eletrônicos (TAZIMA; VICENTE; MORYA, 2011). A vídeo-laparoscopia oferece diversas vantagens e, por isso, vem substituindo a laparotomia em algumas situações. Por se tratar de pequenas incisões no abdome, há uma redução na dor pós-operatória, o risco de infecção diminui, a recuperação do paciente é abreviada permitindo que ele volte às suas atividades normais mais rapidamente, o resultado estético é melhor, o período de internação é reduzido, e com isso, também reduz o custo global. O método possibilita ainda, uma exploração ampla e aspiração eficaz da cavidade abdominal (LIMA et al, 2012; PETROIANU, 2010). Apesar disso, existem situações em que a laparotomia é a mais indicada, como em alguns casos de trauma abdominal fechado, ferimento penetrante, evisceração, peritonite, pneumoperitônio, ruptura do diafragma e lesões do trato gastrointestinal, de bexiga intraperitoneal, de pedículo renal e parenquimatosa grave (RODRIGUES; MACHADO; RASSLAN, 2008).

O período pós-operatório inicia-se logo após o procedimento cirúrgico com a transferência do paciente para a unidade de recuperação pós-anestésica (URPA) e estende-se

até que o paciente retome a consciência e estabilize seus reflexos protetores e os sinais vitais (MORAES; PENICHE, 2003). Neste ambiente, o paciente é rigorosamente monitorado como o objetivo de reconhecer e intervir possíveis complicações (ROTHROCK; ALEXANDER, 2008).

O tempo de recuperação da cirurgia varia a cada paciente, pois depende de suas condições fisiológicas e o tipo de cirurgia. A fase pós-operatória é dividida em três etapas de acordo com o tempo decorrido após a intervenção cirúrgica: o imediato abrange as primeiras 12 ou 24 horas; o mediato tem início após as 24 horas estendendo-se até o momento da alta hospitalar, podendo ser prolongado por até 10 dias em cirurgias de grande porte; o tardio vai desde a alta até a cicatrização da lesão ou o ganho de peso (MORAES; PENICHE, 2003).

No pós-operatório é essencial a avaliação rotineira do paciente, com atenção às queixas do paciente, a realização do exame físico, a investigação dirigida para as principais complicações. Sempre que o enfermeiro julgar necessário, exames complementares podem ajudar nesta avaliação. Esta preocupação se deve às alterações características deste período como a fase catabólica, a destruição dos tecidos, perda de peso e nitrogênio e catabolismo lipídico (PETROIANU, 2010). A partir da coleta de dados o enfermeiro possui subsídios para dar continuidade ao processo de enfermagem estabelecendo diagnósticos e prescrição dirigidos às necessidades do paciente.

Com a ampliação dos conhecimentos anatômicos e funcionais da região abdominal e dos mecanismos de cicatrização da ferida operatória, houve uma redução nas complicações pós-operatórias de laparotomia (TAZIMA; VICENTE; MORYA, 2011). Entretanto, todas as cirurgias apresentam risco para o paciente podem evoluir para um quadro de complicações que merece atenção especial dos profissionais envolvidos (STRACIERI, 2008).

De acordo com o tempo em que acontecem, as complicações podem ser classificadas em imediatas ou precoces quando surgem nas primeiras 24 horas, as mediatas aparecem até o sétimo dia pós-operatório e as tardias sucedem a retirada de pontos e a alta hospitalar definitiva. A ocorrência de complicações está relacionada à patologia clínica associada, tipo de anestesia, estágio do agravo e aos cuidados pós-operatórios. Os sistemas acometidos são, principalmente, o respiratório, cardiovascular, urinário, digestório e hepatobiliar. Certos pacientes apresentam risco maior de apresentar complicações, devido ao seu estado clínico pré-operatório, como é possível perceber em anêmicos, desnutridos e imunodeprimidos. (STRACIERI, 2008).

As complicações respiratórias são as mais frequentes no primeiro momento pós-operatório. Estas intercorrências estão associadas a diversos fatores de risco relacionados a características do paciente (idade avançada, sexo, obesidade, desnutrição, excessivo consumo de álcool, tabagismo e doenças pulmonares pré-existentes ou outras doenças) ou ligados ao procedimento anestésico-cirúrgico (tempo, porte e tipo de cirurgia, extensão e tipo de incisão e longa permanência hospitalar antes da operação). Estes fatores, na maioria das vezes, são identificados no período pré-operatório (ROSSI, BROMBERG 2005; FILARDO; FARESin; FERNANDES, 2002).

A cirurgia realizada na região abdominal é, por si só, um fator de risco para complicações pulmonares (FORGIARINI JUNIOR et al, 2009). O risco torna-se maior quando a incisão é feita no abdome superior, ou seja, acima da cicatriz umbilical. Isto ocorre porque há um comprometimento dos músculos abdominais que participam da mecânica respiratória, incluindo o diafragma. Como consequência, obtém-se redução das pressões respiratórias máximas, alteração biomecânica local, inibição do reflexo de tosse e dor na ferida operatória (SILVA et al, 2010).

Durante o período de anestesia, os fármacos exercem efeitos sob o controle neural destes músculos, podendo dificultar o transporte mucociliar e liberar mediadores inflamatórios que causam inflamação (ROSSI; BROMBERG, 2005). O efeito de certas substâncias farmacológicas junto à entubação endotraqueal também pode causar irritação da mucosa traqueal levando à contração dos músculos da laringe e consequente obstrução das vias aéreas parcial ou totalmente (CARVALHO, 2007). Além disso, o manuseio dos órgãos abdominais pode levar a uma paresia do diafragma devido à inibição reflexa do nervo frênico. Quando isto ocorre, o paciente apresenta em geral, nas primeiras 48 horas, uma redução dos volumes e capacidades pulmonares notados pela respiração superficial e lenta, ausência de suspiros e movimento abdominal contrário ao movimento torácico (SILVA et al, 2010).

Enquanto acontece a recuperação anestésica é necessária atenção especial ao estado hemodinâmico e condição ventilatória. O estímulo à movimentação deve ser feito o quanto antes, respeitando as particularidades da cirurgia. A mudança de decúbito, por exemplo, ajuda na prevenção do acúmulo de secreções e colapso dos alvéolos (STRACIERI, 2008).

As principais afecções respiratórias encontradas são: atelectasia, infecção traqueobrônquica, pneumonia, insuficiência respiratória aguda, ventilação mecânica e/ou intubação orotraqueal prolongada, broncoespasmo e embolia pulmonar. A maioria delas

ocorre no primeiro dia de pós-operatório (FILARDO; FARESin; FERNANDES, 2002; STRACIERI, 2008; SILVA et al, 2010).

A febre é um sinal importante a ser avaliado no pós-operatório. A elevação da temperatura nas primeiras 48 horas reflete o aumento do metabolismo e o trauma cirúrgico. Febre nos primeiros três dias é mais comumente associada à atelectasia, pneumonite ou crise tireotóxica. Quando presente do terceiro ao sexto dia indica infecção de cateteres vasculares, do sistema urinário, da ferida operatória, peritonite localizada ou generalizada e tromboflebite de membros inferiores. Entre o sexto e o décimo dia, a febre se associa ao aparecimento de abscessos incisionais e secreções purulentas, o que aponta maiores complicações infecciosas (STRACIERI, 2008).

Em laparotomias realizadas por conta de traumas penetrantes de abdome, observa-se um alto índice de morbidade e mortalidade ocasionadas por infecção. Estudos demonstraram que estes pacientes apresentam como fator de risco para infecção o tempo cirúrgico prolongado e grande volume de sangue ou derivados transfundidos. A gravidade das lesões e seu tratamento instituem o tempo de internação, quanto mais longo for, maiores serão os riscos (SOUZA et al, 2002).

Utiliza-se a classificação da ferida cirúrgica como método de avaliação do risco infeccioso. A classificação indica o grau de contaminação da ferida especificando-as em limpas, potencialmente contaminadas, contaminadas e infectadas (ROTHROCK; ALEXANDER, 2008; GOFFI, 2007).

A antibioticoprofilaxia pode ser usada como recurso para prevenir maiores complicações sépticas. No entanto, é necessário o uso adequado do antibiótico na dose e tempo corretos, pois o uso indiscriminado do antibiótico profilático pode causar resistência e, consequentemente, elevar as taxas de infecção induzindo a maiores gastos (ROTHROCK; ALEXANDER, 2008). O uso de antimicrobianos profiláticos é recomendado antes de todos os procedimentos gastrointestinais, orofaríngeos, vasculares abdominais e em membros inferiores, obstétricos, ginecológicos, cirurgia cardíaca aberta, manipulação de prótese ortopédica, craniotomia, cirurgias de coluna e em algumas cirurgias limpas (OPAS, 2009).

A infecção cirúrgica associada à desnutrição são fatores predisponentes para a ocorrência de deiscência aponeurótica. A deiscência consiste na separação total ou parcial dos pontos suturados. Nos primeiros dias, o afastamento pode levar à exteriorização do conteúdo

abdominal, constituindo a evisceração. Quando os tecidos suturados se afastam após decorrido algum tempo, com a pele já íntegra, o resultado é o enfraquecimento da parede do abdome e a hérnia incisional, também chamada de eventração (TAZIMA; VICENTE; MORYA, 2011).

Existem outros fatores que influenciam no processo de cicatrização e impedem a manutenção da integridade da ferida operatória. Entre eles, pode-se citar o aumento da pressão abdominal, anemia, hipoalbuminemia, obesidade, neoplasia, icterícia, uremia, corticoterapia, assistência ventilatória, técnica e material utilizado na cirurgia e vascularização. Em cirurgias abdominais, a incidência de ruptura está entre 0,5% e 3%. Dependendo da extensão da deiscência, o paciente pode não apresentar maiores problemas ou evoluir com um quadro de descompensação respiratória, perdas hídricas, dificuldades na peristalse, lesões e infecções nas vísceras e necessidade de novas cirurgias (FONSECA-NETO; VASCONCELOS; MIRIAN, 2008).

A náusea e o vômito são duas complicações de alta incidência no ambiente de recuperação pós-operatória de operações abdominais, com valores de ocorrência global acerca de 20% a 30% para a população em geral e aumentando para 70% em grupos de risco. (BARBOSA; BRANDAO; ALMEIDA, 2010).

O vômito é mais frequente nas primeiras horas após o procedimento cirúrgico e as causas são diversas, podendo estar relacionadas à características do paciente, da anestesia, do ato cirúrgico e dos cuidados na assistência pós-operatória.

Os indicadores ligados ao paciente que evidenciam risco são: sexo feminino, idade, história prévia de náuseas e vômitos no pós-operatório, cinetose e antecedentes de tabagismo. Os riscos associados à cirurgia abrangem local e duração da cirurgia. Em relação à anestesia, há maior risco quando se utiliza ventilação sob máscara e drogas que induzem a êmese. Na assistência pós-operatória, os fatores de risco são: a dor, o transporte até a sala de recuperação e deambulação precoce (BARBOSA; BRANDAO; ALMEIDA, 2010).

Antigamente, o uso de sonda nasogástrica após a operação era rotina por se ter a ideia de que as complicações diminuiriam se não houvesse compressão gástrica. A descompressão nasogástrica é utilizada para reverter o íleo paralítico que se desenvolve após cirurgias abdominais. Em laparotomias, a peristalse intestinal volta em até 12 horas, a atividade gástrica volta depois de 24 horas e a do colônica retorna no período de um a três

dias após a intervenção. No entanto, existem evidências de que as complicações advindas da descompressão podem ser maiores que os benefícios, cabendo ao cirurgião decidir em que situações a prática se faz necessária (ANDRADE et al, 2006).

A profilaxia com medicamentos anti-eméticos é recomendada àqueles pacientes classificados com alto risco para náuseas e vômitos. A presença desta complicação leva a um tempo de recuperação mais longo, o que aumenta o período de internação e os custos. Também é possível observar algumas consequências mais graves como a deiscência de suturas, aspiração pulmonar (podendo causar pneumonia), desidratação, desequilíbrios eletrolíticos, rotura esofágica e aumento da pressão intracraniana (BARBOSA; BRANDAO; ALMEIDA, 2010).

Na abordagem laparotômica, a dor está constantemente presente comprometendo a recuperação do paciente. A ferida operatória mostra-se mais dolorida nas primeiras 24 a 36 horas, amenizando passadas 48 horas da cirurgia. A experiência dolorosa é um aspecto subjetivo, narrado pelo paciente e, por isso, faz-se necessário acreditar em seu relato. A presença de dor compromete a mobilização ativa, diminui o esforço para tosse produtiva e contribui para hipoventilação. No controle da dor são utilizados fundamentalmente anti-inflamatórios não estereoidais e analgésicos opioides (SILVA et al, 2010; STRACIERI, 2008).

Ações não farmacológicas complementares também podem ser adotadas para alívio da dor como adaptar o posicionamento do paciente de maneira a aumentar o conforto, tranquilização verbal, toque, massagem, aplicação de calor, frio e estimulação elétrica transcutânea. No período pré-operatório é possível orientar e preparar o paciente sobre técnicas de relaxamento úteis no auxílio à analgesia pós-operatória (ROTHROCK; ALEXANDER, 2008).

Neste contexto, a assistência de enfermagem no período pós-operatório, com início na sala de recuperação pós-anestésica até o momento da alta, busca restaurar o equilíbrio fisiológico do paciente, manter o conforto, prevenir intercorrências e educar sobre o autocuidado. A avaliação continuada e rigorosa do paciente cirúrgico possibilita uma rápida intervenção em casos de complicações. (BRUNNER; SUDDARTH; SMELTZER, 2002). Desta forma, é importante conhecer o perfil do paciente atendido em unidades de internação de clínica cirúrgica permitindo à equipe de enfermagem o estabelecimento de prioridades que podem favorecer e melhorar a qualidade no atendimento.

OBJETIVO GERAL:

- Caracterizar o perfil dos pacientes nas primeiras 48 horas pós-operatórias de laparotomia internados na Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Regional de Ceilândia, considerando o tipo de laparotomia e as condições prévias que levaram o paciente à necessidade desta intervenção terapêutica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Investigar as causas do tratamento cirúrgico por meio de laparotomia na população de pacientes internados na Unidade de Clínica Cirúrgica do HRC;

- Efetuar o levantamento da condição pré-operatória dos pacientes submetidos a laparotomia e as características da cirurgia;

- Avaliar os pacientes por meio de exame físico, entrevista, leitura de prontuário e identificar complicações relacionadas ao tratamento cirúrgico dentro das primeiras 48 horas decorridas da intervenção cirúrgica;

- Categorizar as principais complicações e necessidades identificadas;

- Propor ações no cuidado de enfermagem que podem contribuir para otimizar a recuperação do paciente ou mesmo minimizar complicações.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Estudo observacional, transversal, exploratório com abordagem quali-quantitativa.

Local de estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Regional de Ceilândia – HRC.

População e amostra

População de referência: Pacientes internados em Clínica Cirúrgica submetidos à laparotomia.

População de estudo: Pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos de idade após procedimento cirúrgico com abordagem laparotômica.

CrITÉRIOS de Inclusão: Pacientes submetidos à laparotomia, que encontravam-se nas primeiras 48 horas após a intervenção cirúrgica, com idade entre 18 e 60 anos, de ambos os sexos.

CrITÉRIOS de exclusão: Pacientes com idade inferior a 18 anos e superior à 60 anos, pacientes que foram submetidos à outras cirurgias na mesma internação, pacientes incapazes de se comunicar ou com prejuízos neurológicos que impediam o entendimento, pacientes que não concordaram em participar do estudo.

Equipe de execução

Composta por acadêmica pesquisadora e professora orientadora.

Etapas da investigação

Os dados foram obtidos por meio de um instrumento próprio composto por quatro grupos: 1) dados sócio-demográficos, 2) características da cirurgia, 3) informações pré-operatórias e 4) anamnese e exame físico. Foram coletados dados dos pacientes no período pós-operatório de laparotomia internados nos meses de junho a agosto de 2013. Os achados do exame físico foram categorizados por sistemas biológicos.

A análise das informações pré-operatórias levou em conta o Sistema de Classificação ASA (ASA - *American Society of Anesthesiologists*, 2012) do Estado Físico registrado em prontuário pelo anestesiológista durante a avaliação pré-operatória. De acordo com o perfil clínico pré-operatório do paciente ele recebe a seguinte classificação: ASA 1 Paciente saudável e normal; ASA 2 Paciente com doença sistêmica leve / moderada; ASA 3 Paciente com doença sistêmica grave; ASA 4 Paciente com doença sistêmica grave que é uma ameaça constante à vida; ASA 5 Paciente moribundo que não é esperado sobreviver sem a operação; ASA 6 .Paciente com morte cerebral declarada cujos órgãos estão sendo removidos para propósitos de doação (ASA, 2012).

Para analisar os dados obtidos a partir da anamnese e exame físico, foram estabelecidos valores de referência. A temperatura considerada normal estava no intervalo de 36 a 37,6 °C, hipotermia foi considerada para temperatura abaixo de 36 °C (ZAPPELINI et al, 2008) e para valores acima de 37,6 °C considerou-se febre. Quanto a frequência cardíaca, valores entre 60 a 100 batimentos por minuto (b.p.m.) foram classificados como normocárdicos, taquicardia era considerada para valores maiores que 100 b.p.m. e bradicardia para menores de 60 b.p.m (BARROS, 2010). Os valores de referência para pressão arterial foram: hipotenso menor que 90/60 mmHg, normotenso menor que 140/90 mmHg e hipertenso maior que 140/90 mmHg (SBH, 2010). No sistema respiratório, os valores de referência para frequência respiratória foram: menos de 12 respirações por minuto (r.p.m.) classificados como bradipnéicos, com 12 a 22 r.p.m. eram classificados como eupnéicos e mais que 22 r.p.m. eram considerados taquipnéicos (BARROS, 2010).

A intensidade da dor foi avaliada utilizando a escala de categoria numérica, onde o paciente estimou sua dor em uma escala de 0 a 10 com zero representando nenhuma dor e dez representando a pior dor já sentida. De acordo com essa escala, queixa de um a três foi classificada como dor branda, quatro a seis foi considerada dor moderada e de sete a dez representou dor severa (BARROS, 2010).

O edema dos membros inferiores foi avaliado por meio da palpação por dígito-pressão e a classificação foi feita pela escala de cruzes de + a +++++. Na avaliação do abdome foi utilizado a divisão do abdome em 4 quadrantes, que são obtidos traçando duas linhas imaginárias imaginárias que se encontram na cicatriz umbilical. No quadrante superior direito (QSD) encontram-se o lobo direito do fígado, a vesícula biliar, o piloro, o duodeno, a cabeça do pâncreas, a flexura hepática do colo e partes dos colos ascendente e transversos. No

quadrante superior esquerdo (QSE) encontram-se o lobo esquerdo do fígado, o estômago, o corpo do pâncreas, a flexura esplênica do colo e parte dos colos transversos e descendente. No quadrante inferior direito (QID), estão o ceco, o apêndice vermiforme e parte do colo ascendente. O quadrante inferior esquerdo (QIE) compreende o colo descendente e parte do colo sigmoide (BARROS, 2010).

Ética na Pesquisa

O estudo foi realizado de acordo com a resolução CNS nº 196/96: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Os participantes foram incluídos na pesquisa após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), aprovado e encontra-se sob registro CAAE 15503413.9.0000.5553.

Tratamento dos Dados

As informações obtidas a partir do instrumento foram lançadas em planilhas do *Microsoft Office Excel*, sendo classificadas, agrupadas e apresentadas em tabelas e gráficos. Foram realizados cálculos de percentual da frequência das complicações encontradas. Será feita uma associação entre a complicação apresentada e possíveis fatores de risco.

RESULTADOS

Foram avaliados 32 pacientes em período pós-operatório de laparotomia, 15 pacientes foram avaliados até as primeiras 24 horas decorridas da cirurgia e 17 pacientes foram avaliados entre as 24 e 48 horas após o procedimento cirúrgico. Destes pacientes, 13 (41%) eram do sexo masculino e 19 (59%) eram do sexo feminino. A idade foi dividida por faixa etária, sendo 9 pacientes (28%) com idade entre 18 e 28 anos, 11 pacientes (34%) com idade entre 29 e 38 anos, oito pacientes (25 %) tinham entre 39 e 48 anos e 4 pacientes (13%) tinham entre 49 e 58 anos.

Na tabela 1 estão apresentadas as causas que levaram à necessidade de internação hospitalar. As causas mais frequentes são dor abdominal e miomatose uterina, com representação na amostra de 28 % (n= 9) cada. Cisto ovariano representou 10% (n= 3). Dor abdominal e vômito, colelitíase e perfuração por arma branca foram representadas por 6% (n= 2) cada. Com representação de 3% (n= 1) cada estão: a ausência de evacuação e eliminação de flatos, enterectomia de íleo por perfuração, colecistite necrosada e apendicite, perfuração por arma de fogo e trauma abdominal contuso. Os pacientes com dor abdominal estavam, em sua maioria, na faixa etária de 18 a 28 anos. Todas as pacientes com miomatose uterina tinham entre 29 a 48 anos. Estes dados foram obtidos através da leitura do prontuário.

Tabela 1. Motivo da internação hospitalar.

Motivo da Internação	Número (n)	Proporção (%)
Dor abdominal	9	28
Dor abdominal e vômito	2	6
Colelitíase	2	6
Cisto ovariano	3	10
Miomatose uterina	9	28
Não evacua e não elimina flatus	1	3
Enterectomia de íleo por perfuração	1	3
Colecistite Necrosada e Apendicite	1	3
Perfuração por arma de fogo	1	3
Perfuração por arma branca	2	6
Trauma abdominal contuso	1	3
Total	32	100

O diagnóstico médico mais frequente foi o R10 Dor abdominal e pélvica, apresentado por 08 pacientes, seguido por D25 Leiomioma do útero e N40-g Leiomioma do

útero com 04 casos cada. Os diagnósticos D27 Neoplasia benigna do ovário, K80 Colelitíase, R19 Massa, tumoração ou tumefação intra-abdominal e pélvica e R52 Dor não classificada em outra parte foram apresentados por dois pacientes cada. Os diagnósticos C56 Neoplasia maligna do ovário, K42 Hérnia umbilical, K59.0 Constipação, R10.0 Abdome agudo, T00 Traumatismos superficiais envolvendo múltiplas regiões do corpo, T14.1-b Ferimento aberto SOE, T14 Traumatismo de região não especificada do corpo, T14 Traumatismo de região não especificada do corpo tiveram 01 caso cada (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos pacientes estudados de acordo com o diagnóstico médico.

Diagnóstico médico	Número (n)
C 56 Neoplasia maligna do ovário	1
D 27 Neoplasia benigna do ovário	2
D 25 Leiomioma do útero	4
K 42 Hérnia umbilical	1
K 59.0 Constipação	1
K 80 Colelitíase	2
N 40-g Mioma	4
R 10 Dor abdominal e pélvica	8
R 10.0 Abdome agudo	1
R 19 Massa, tumoração ou tumefação intra-abdominal e pélvica	2
R52 Dor não classificada em outra parte	2
T 00 Traumatismos superficiais envolvendo múltiplas regiões do corpo	1
T 14.1-b Ferimento aberto SOE	1
T 14 Traumatismo de região não especificada do corpo	1
Diagnóstico indefinido	1
Total	32

Para análise do tempo de internação anterior ao procedimento cirúrgico, foi considerado o período entre a admissão do paciente no hospital até o momento da cirurgia, que está expresso em número de dias e não em horas devido à falta de registro do horário de internação. O período de internação com maior frequência foi de um dia com 59% (n= 19), os demais pacientes foram submetidos ao procedimento cirúrgico no mesmo dia de internação.

Os dados referentes às condições pré-operatórias foram obtidos por meio de entrevista com o pacientes. Em relação às doenças pré-existentes 26 pacientes relataram não apresentar nenhuma doença e 03 pacientes disseram apresentar Hipertensão (Figura 1). Houve 01 caso para cada doença a seguir: Diabetes, Artrose, Asma e Anemia.

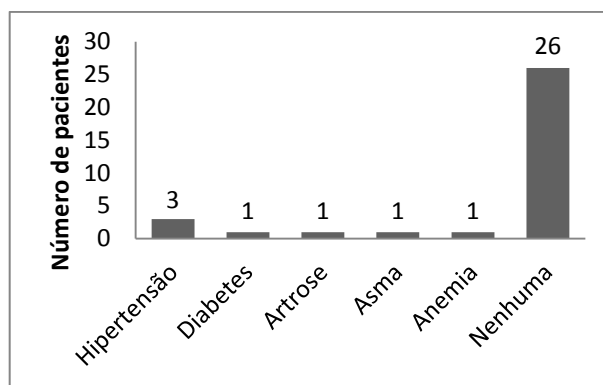


Figura 1. Distribuição de pacientes com doenças pré-existent em números absolutos.

Os pacientes relataram utilizar medicamentos de uso contínuo, dos quais se destacam: anti-hipertensivos (03 pacientes), diuréticos (02 pacientes) e antidiabéticos (02 pacientes) (Tabela 3). Outros medicamentos utilizados foram broncodilatador, antianêmico, antiinflamatório não esteroideal (AINE) e antialcoólico (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição de pacientes com uso contínuo de medicamentos no período pré-operatório.

Medicamentos	Número (n)
Antihipertensivo	3
Diurético	2
Broncodilatador	1
Antianêmico	1
AINE	1
Antidiabético	2
Antialcoólico	1
Total	11

Em relação aos fatores de risco, houve relato de 08 pacientes etilistas, 06 pacientes afirmaram ser tabagistas e 01 paciente com histórico de obesidade.

Quando questionados se haviam sido submetidos a cirurgias anteriores, 16 pacientes (56%) disseram não ter realizado nenhuma cirurgia, 12 pessoas (37,5%) passaram por cirurgias abdominais e 04 pacientes (12,5%) realizaram outro tipo de cirurgia.

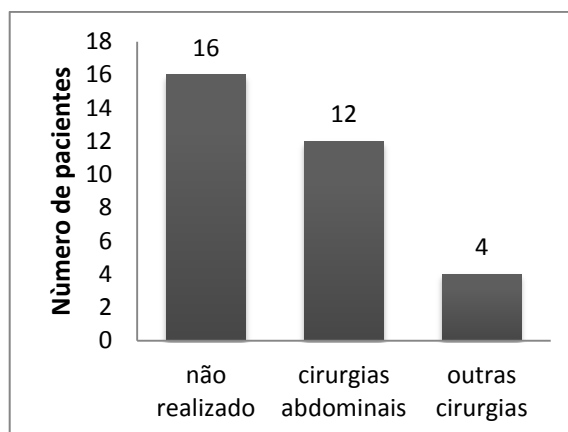


Figura 2. Antecedentes de procedimentos cirúrgicos na população estudada. Valores indicam o número de pacientes expressos em números absolutos.

As características do ato cirúrgico foram obtidas através de informações provenientes do prontuário eletrônico. As cirurgias eletivas representaram 50% (n= 16) e as cirurgias de urgência representaram a outra metade. No prontuário eletrônico há apenas a classificação em cirurgias de urgência, não diferenciando das cirurgias emergenciais.

Quanto à duração da cirurgia, o tempo prevalente foi o de 60 a 120 minutos, representado por 56% da amostra, cirurgias com duração de até 60 minutos representaram 22% e com tempo maior que 120 minutos foi representado por 22% dos pacientes (Tabela 4).

Tabela 4. Tempo de duração das cirurgias em minutos.

Tempo	Número (n)	Proporção (%)
até 60 minutos	7	22
60 a 120 min.	18	56
> 120 min.	7	22
Total	32	100

Segundo a classificação ASA do risco cirúrgico 14 pacientes foram classificados com ASA 1 e 14 pacientes com ASA 2, que juntos representam 88% da amostra, seguidos de um paciente que apresentou ASA 3 e três pacientes que apresentaram ASA 4.

O tipo de anestesia predominante foi a raquianestesia, realizada em 21 pacientes representando 65,6%. A anestesia geral foi utilizada em 31% (n= 10) e anestesia geral combinada com raquianestesia representou 3% (n= 1) da amostra (Tabela 5).

Tabela 5. Tipo de anestesia utilizada durante o procedimento cirúrgico.

Tipo	Número (n)	Proporção (%)
Geral	10	31,3
Raquianestesia	21	65,6
Geral + raquianestesia	1	3,1
Total	32	100

As incisões localizadas no abdome superior apresentaram maior frequência com 59% (n= 19), já as incisões do abdome inferior representaram 41% da amostra (n= 13). A tabela 6 mostra a extensão da incisão, onde a frequência prevalente é de 11 a 20 centímetros.

Tabela 6. Extensão da incisão cirúrgica expressa em centímetros.

Extensão	Número (n)	Proporção (%)
0-10 cm	6	27
11-20 cm	10	45
21-30 cm	5	23
> 30 cm	1	5
Total	22	100

*A medida não foi realizada em 10 pacientes.

Com relação ao uso de sonda nasogástrica durante o ato cirúrgico, a maioria (91%, n=29) não utilizou sonda, enquanto que 9% (n= 3) fizeram uso da sonda (Figura 3).

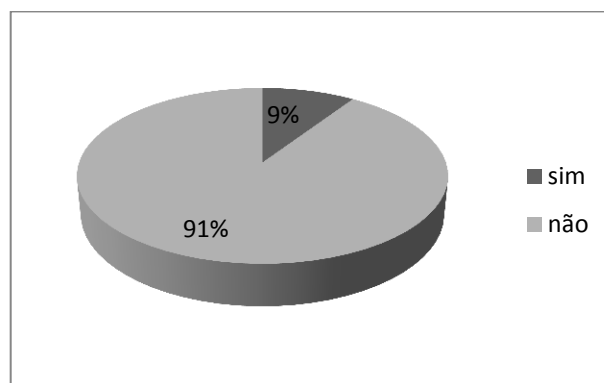


Figura 3. Proporção do uso de sonda nasogástrica durante o ato cirúrgico.

Os dados relatados a seguir integram anamnese e exame físico realizados para avaliação da condição pós-operatória dos pacientes que compuseram a amostra. Estão organizados por sistemas biológicos.

Quanto ao sistema termorregulador foi avaliada a temperatura axilar, 97% (n= 31) dos pacientes estavam normotérmicos, apenas um caso de hipotermia foi observado e nenhum paciente apresentou febre no momento da avaliação.

A avaliação do sistema cardiovascular consistiu em ausculta, perfusão periférica e identificação da presença de edema. Todos os pacientes apresentaram bulhas normofonéticas e rítmicas. No que diz respeito à frequência cardíaca a maioria dos pacientes, 97% (n=31) estavam normocárdicos, somente um paciente apresentou taquicardia (valor acima de 100 b.p.m.) (Figura 4).

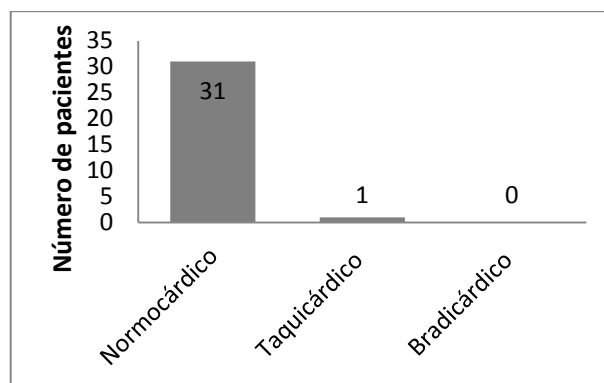


Figura 4. Avaliação da frequência cardíaca. Valores indicam o número de pacientes expressos em números absolutos.

Em relação à pressão arterial, 85% (n= 27) estavam normotensos, 01 pessoa apresentou hipotensão e 02 estavam hipertensas no momento do exame físico (Figura 5). Estas duas pessoas que mostraram valores elevados da PA não tinham diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica no pré-operatório. Uma delas relatou presença de dor com intensidade 10 na escala verbal.

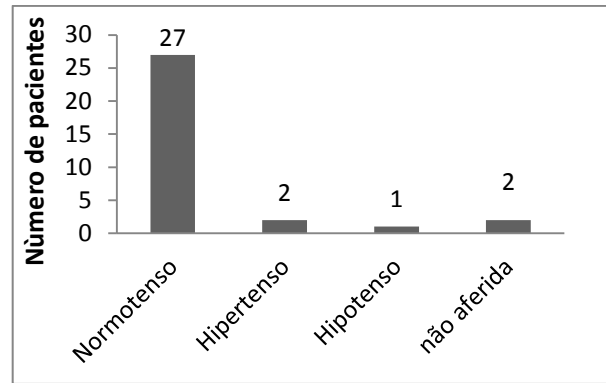


Figura 5. Avaliação da pressão arterial. Valores indicam o número de pacientes expressos em números absolutos.

Quanto à perfusão periférica, 97% (n= 31) do grupo avaliado apresentaram boa perfusão enquanto que um paciente apresentou perfusão diminuída. O edema de membros inferiores foi observado em 10 pacientes (31,25%), sendo que 06 foram qualificados como edema de intensidade + (uma cruz) e 04 de intensidade ++ (duas cruzes) (Figura 6).

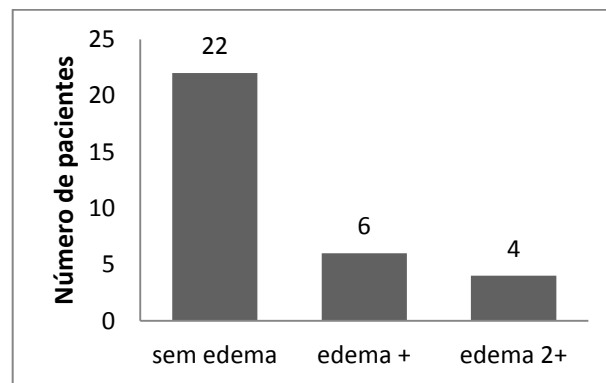


Figura 6. Presença de edema de membros inferiores. Valores indicam o número de pacientes expressos em números absolutos.

A avaliação do sistema respiratório foi realizada utilizando-se como parâmetros a frequência respiratória, ausculta pulmonar, expansibilidade, percussão pulmonar e presença de tosse.

Quanto à frequência respiratória encontrou-se que 69% (n= 22) dos pacientes estavam eupnéicos e 31% (n= 10) taquipnéicos no momento da avaliação (Figura 7).

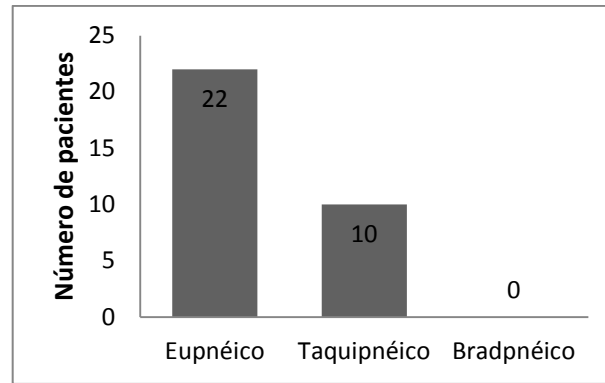


Figura 7. Avaliação da frequência respiratória. Valores indicam o número de pacientes expressos em números absolutos.

A ausculta pulmonar revelou que 97% (n= 31) dos pacientes apresentavam murmúrios vesiculares e 3% (n=1) apresentou ruídos adventícios. Todos apresentaram som claro pulmonar à percussão.

A expansibilidade torácica de 73% (n= 22) dos pacientes avaliados mostrou-se dentro do padrão esperado e 27% (n= 8) mostrou-se diminuída (Tabela 7).

Tabela 7. Expansibilidade torácica

Expansão	Número (n)	Proporção (%)
Normal	22	73
Diminuída	8	27
Total	30	100

*a avaliação não foi realizada em dois pacientes

A amplitude respiratória se mostrou normal em 56% (n= 18) das pessoas avaliadas, 35% (n= 9) mostrou amplitude superficial e em 9% (n= 3) foi observada amplitude profunda. Quando se perguntou quanto à presença de tosse, 72% (n= 23) negaram tosse após a cirurgia, 19% (n= 6) relataram tosse produtiva e 9% (n= 3) disseram estar com tosse seca (Figura 8).

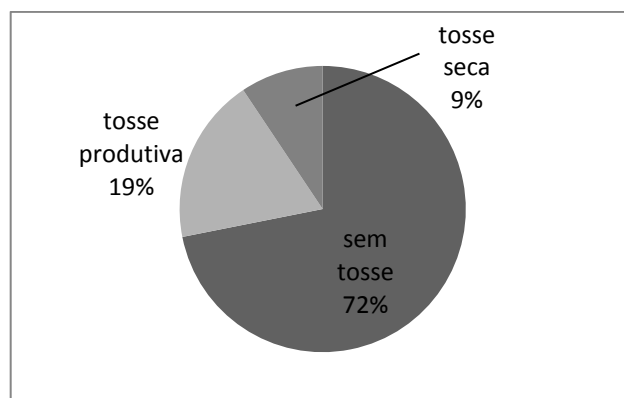


Figura 8. Proporção de pacientes com queixa de tosse.

Na avaliação do sistema digestório, os parâmetros utilizados foram a inspeção, ausculta, percussão e palpação do abdome. A inspeção abdominal mostrou 59% (n= 19) dos pacientes com abdome globoso, seguido de 38% (n= 12) com abdome plano e 3% (n=1) apresentou abdome protuberante (Tabela 8).

Tabela 8. Tipos de abdome encontrados à inspeção abdominal.

Inspeção	Número (n)	Proporção (%)
Plano	12	38
Globoso	19	59
Protuberante	1	3
Total	32	100

À ausculta abdominal, o ruído hidroaéreo hipoativo foi predominante em todos os quadrantes (Tabela 9), assim como na percussão o som timpânico foi o mais frequente em todos os quadrantes (Tabela 10).

Na ausculta do QID 19% (n= 6) dos ruídos hidroaéreos eram normoativos, 44% (n= 14) eram hipoativos, 3% (n= 1) eram hiperativos e em 34% (n= 11) os ruídos estavam ausentes. O QSD apresentava 25% (n= 8) dos ruídos hidroaéreos normoativos, 44% (n= 14) estavam com os ruídos hipoativos, 6% (n= 2) ruídos hiperativos e 25% (n= 8) estavam ausentes. No QSE, 19% (n= 6) estavam com ruídos hidroaéreos normoativos, 47% (n= 15) ruídos hipoativos, 15% (n= 5) ruídos hiperativos e 19% (n= 6) estavam ausentes. No QIE, as proporções são semelhantes às do QSE (Tabela 9).

A percussão mostrou 87% (n= 28) de sons timpânicos e 13% (n= 4) de sons maciços no QID. O QSD apresentou 91% (n= 29) de sons timpânicos e 9% (n= 3) de sons maciços. O QSE escutou-se 87% (n= 28) de sons timpânicos e 13% (n= 4) de sons maciços. O QIE apresentou 78% (n= 25) de sons timpânicos e 22% (n= 7) de sons maciços (Tabela 10).

Tabela 9. Ruídos hidroaéreos auscultados no exame abdominal.

Ausulta	Número (n)	Proporção (%)	Número (n)	Proporção (%)
QID			QSD	
Normoativo	6	19	8	25
Hipoativo	14	44	14	44
Hiperativo	1	3	2	6
Ausente	11	34	8	25
QSE			QIE	
Normoativo	6	19	6	19
Hipoativo	15	47	15	47
Hiperativo	5	15	5	15
Ausente	6	19	6	19

Tabela 10. Sons observados à percussão no exame abdominal.

Percussão	Número (n)	Proporção (%)	Número (n)	Proporção (%)
QID			QSD	
Timpânico	28	87	29	91
Maciço	4	13	3	9
QSE			QIE	
Timpânico	28	87	25	78
Maciço	4	13	7	22

Quando realizada palpação superficial, 56% (n= 18) relataram a presença dor, enquanto 44% (n= 14) não se queixaram de dor (Figura 9).

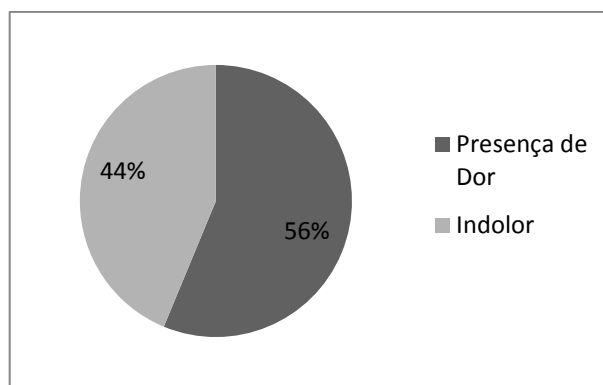


Figura 9. Proporção de pacientes com presença de dor à palpação superficial.

A tabela 11 mostra o número de episódios de vômito após o procedimento cirúrgico relatado pelos pacientes, onde pode-se notar que a maioria (60%, n= 19) não apresentou êmese, enquanto que 19% apresentou um episódio, 9% apresentou dois episódios, 6% apresentou três episódios e 6% apresentou quatro episódios.

Tabela 11. Quantidade de episódios de vômito apresentados após a cirurgia até o momento da avaliação.

Episódios	Número (n)	Proporção (%)
Nenhum	19	60
Um	6	19
Dois	3	9
Três	2	6
Quatro	2	6
Total	32	100

No momento da avaliação, a alimentação sólida foi a dieta de maior frequência representando 47% (n= 15) da amostra, seguida de ingestão de alimentos líquidos representando 31% (n= 10) e 22% (n=7) ainda estavam em dieta zero (Tabela 12).

Tabela 12. Tipo de dieta alimentar no momento da avaliação.

Alimento	Número (n)	Proporção (%)
Sólido	15	47
Líquido	10	31
Dieta zero	7	22
Total	32	100

A respeito das eliminações intestinais, 81% (n= 26) relataram ausência, 13% (n= 4) evacuaram uma vez e 3% (n= 1) relatou duas evacuações (Tabela 13). Um paciente estava com colostomia. Para os pacientes que relataram evacuações presentes (n= 5) as fezes apresentaram-se sólidas (n= 2), pastosas (n= 1), líquidas (n= 2) e uma pessoa não observou a aparência das fezes.

Tabela 13. Eliminação intestinal relatada pelo paciente após o procedimento cirúrgico.

	Número (n)	Proporção (%)
Ausente	26	81
1x	4	13
2x	1	3
Colostomia	1	3
Total	32	100

Para a avaliação do sistema urinário, os pacientes foram questionados em relação à frequência urinária e a cor da urina. Neste caso, 3% (n=1) queixou-se de dificuldade para urinar e 6% (n= 2) estavam em uso de sonda vesical de demora. A frequência de uma vez por dia foi relatada por 3% (n= 1), 19% (n= 6) relataram frequência de duas vezes por dia, 16% (n= 5) relataram frequência de três vezes ao dia, 12% (n= 4) relataram frequência de quatro vezes ao dia, tendo 41% (n= 13) urinado cinco ou mais vezes ao dia (Tabela 14). Em relação à cor da urina, 61% (n= 19) disseram estar com a urina de cor amarelo claro, 25% (n= 8) referiram urina de cor amarelo escuro, 6% (n= 2) observaram urina de cor alaranjada e 6% (n= 2) não observaram a cor da urina (Tabela 15).

Tabela 14. Frequência urinária de acordo com o número vezes por dia.

Frequência	Número (n)	Proporção (%)
1x/dia	1	3
2x/dia	6	19
3x/dia	5	16
4x/dia	4	12
5 ou mais/dia	13	41
Sonda vesical	2	6
Dificuldade de urinar	1	3
Ausente	0	0
Total	32	100

Tabela 15. Cor da urina relatada pelo paciente.

Cor da urina	Número (n)	Proporção (%)
Amarelo claro	19	61,2
Amarelo escuro	8	25,8
Alaranjado	2	6,5
Não observou	2	6,5

A ingesta de líquidos foi uma das questões da anamnese onde notamos que muitos pacientes (38%, n= 12) não se atentaram à quantidade de líquido ingerida, enquanto que 22% (n= 7) estavam com dieta zero, 22% (n=7) relatou ingerir até 0,5 L/dia, 9% (n= 3) de 0,5 a 1 L/dia e 9% (n= 3) mais de 1 L/dia (Tabela 16).

Tabela 16. Quantidade de ingesta de líquido estimada em litros por dia.

Quantidade	Número (n)	Proporção (%)
Até 0,5 L/dia	7	22
0,5 a 1L/dia	3	9
Mais de 1L/ dia	3	9
Dieta zero	7	22
Não observou	12	38
Total	32	100

Quando o sistema tegumentar foi avaliado, observou-se alterações na pele e o estado de cicatrização da ferida operatória. Os pacientes hipocorados representaram 9,4% da amostra (n= 3), sendo esta a única alteração encontrada. A ferida operatória apresentava alteração da ferida operatória em 41% (n= 13) dos pacientes. Estas alterações consistiam em hiperemia, exsudato e hematoma (Figura 10). Tendo maior frequência a hiperemia representando 69% (n= 9) destas alterações (Figura 10). Quatro pacientes apresentaram exsudato, sendo que três eram sanguinolentos e um aquoso.

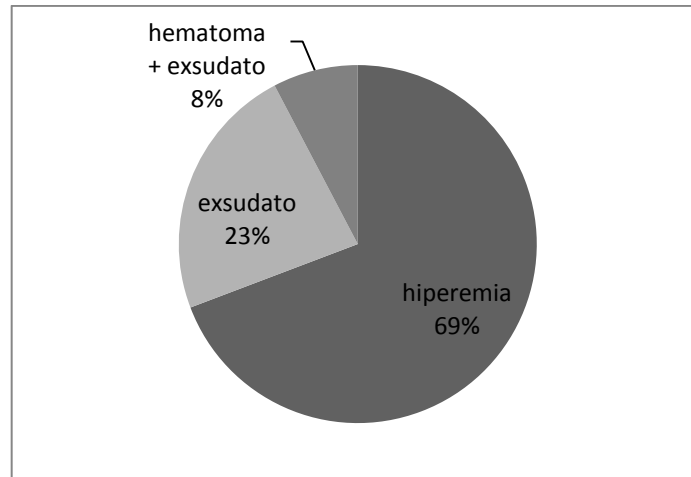


Figura 10. Distribuição das características das feridas operatórias.

O sistema sensorial foi avaliado por meio da investigação da presença de dor e suas características. Nesse contexto, 72% (n= 23) queixaram-se de dor (Figura 11). Dentro deste grupo, em 83% (n= 19) a dor foi relatada como intermitente e 17% (n= 4) relatou dor contínua (Figura 12).

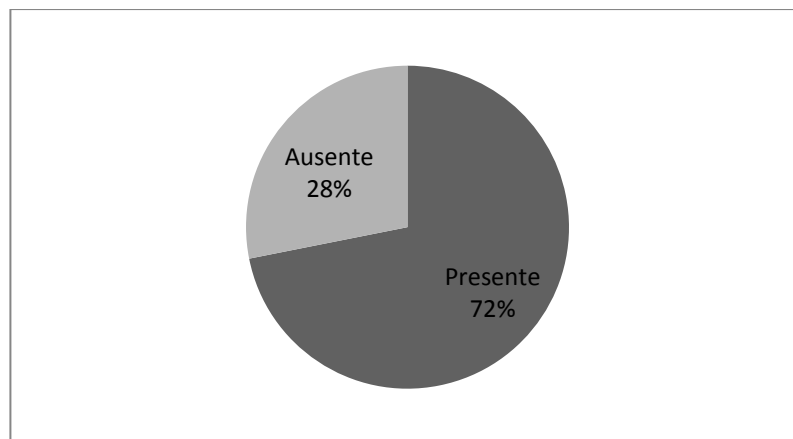


Figura 11. Proporção de pacientes com presença de dor.

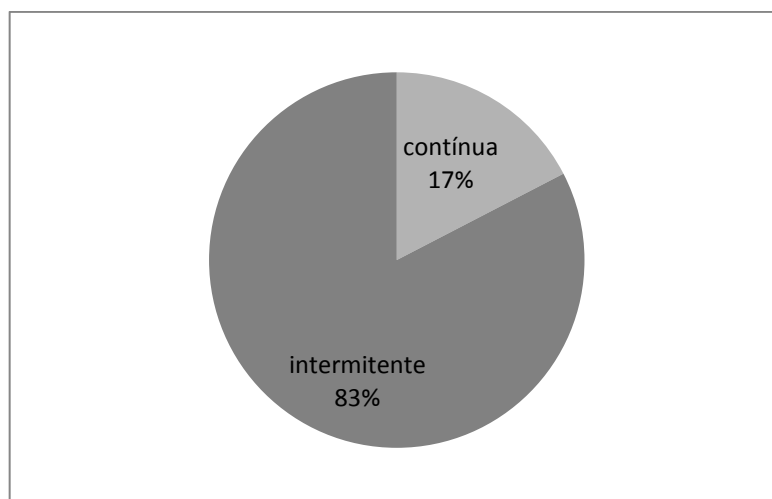


Figura 12. Proporção de dor segundo sua duração.

Quanto à localização da dor, aqueles que referiram dor na ferida operatória representam 83% (n= 19) da amostra, seguidos de 13% (n= 3) referindo dor abdominal e 4% (n=1) queixou-se de cefaleia (Tabela 17).

Tabela 17. Local referido de dor.

Local	Número (n)	Proporção (%)
Abdome	3	13
Ferida Operatória	19	83
Cefaleia	1	4
Total	23	100

Os dados coletados demonstraram que 59% dos pacientes relataram dor moderada e severa, sendo 28% (n= 9) representado por dor moderada e 31% (n= 10) representado pela dor severa. Os pacientes que relataram ausência de dor representaram 28% (n= 9) e a dor branda foi relatada por 13% (n= 4) (Tabela 18).

Tabela 18. Intensidade da dor.

Intensidade	Número (n)	Proporção (%)
Sem dor	9	28
Branda	4	13
Moderada	9	28
Severa	10	31
Total	32	100

O sistema locomotor foi avaliado quanto à movimentação do paciente. A maior parte dos pacientes, 78% (n= 25) já deambulava sem auxílio, 13% (n= 4) deambulava com auxílio, 3% (n= 1) estava acamado e 6% (n= 2) estavam restritos ao leito (Tabela 19).

Tabela 19. Movimentação relacionada à capacidade de deambular.

Movimentação	Número (n)	Proporção (%)
Deambula	25	78
Deambula com auxílio	4	13
Acamado	1	3
Restrito ao leito	2	6
Total	32	100

No que diz respeito ao conforto e autocuidado foram observados o sono e a higiene pessoal (banho). Sono preservado foi relatado por 81% (n= 26) dos pacientes e 84% (n= 27) haviam realizado banho após a cirurgia (Figura 11).

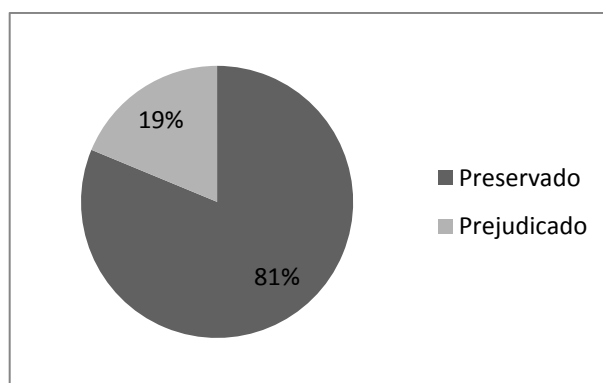


Figura 13. Qualidade do sono relatada. Dados expressos em proporção.

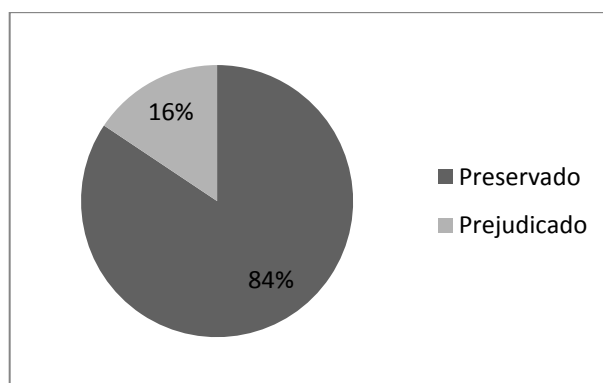


Figura 14. Capacidade para o autocuidado. Dados expressos em proporção de pacientes que foram capazes de realizar a higiene pessoal (banho).

Os medicamentos prescritos no pós-operatório estão expostos na tabela 20 distribuídos por classe farmacológica. Analgésicos foram prescritos para 100% dos pacientes, seguidos por antieméticos prescritos para 90% (n= 29), antiulcerosos para 56% (18), antibacterianos para 53% (n= 17), AINEs para 43 (n= 14), antiflatulentos para 34% (n= 11), diuréticos para 9% (n= 3), antidiabéticos, anti-hipertensivos e indutores de sono para 6% (n=2 para cada grupo de fármacos) e laxantes para 3% (n=1) (Tabela 20). Os analgésicos prescritos eram: Tramadol (opioide), Dipirona e Paracetamol.

Tabela 20. Classes Farmacológicas de medicamentos prescritos no período pós-operatório.

Medicamentos	Número (n)	Proporção (%)
Analgésico	32	100
Antibacteriano	17	53
Antiemético	29	90
Antiulceroso	18	56
AINEs	14	43
Antiflatulento	11	34
Antidiabético	2	6
Antihipertensivo	2	6
Diurético	3	9
Indutor de sono	2	6
Laxante	1	3

DISCUSSÃO

O grupo estudado apresentou distribuição uniforme no que diz respeito aos dados sóciodemográficos, ao momento operatório e ao tempo em que foram avaliados. Os diagnósticos médicos mais frequentes são coerentes com os motivos de internação, pois a dor abdominal é uma das principais causas de procura ao hospital e o diagnóstico médico prevalente é o de dor abdominal e pélvica. Os diagnósticos de mioma e leiomioma do útero aparecem em segundo lugar, o que é compatível com o número de pacientes internados devido à miomatose uterina. Os dados foram coletados em todos os dias da semana, não havendo concentração, por exemplo, às segundas. Desta forma, esperava-se obter uma visão geral do perfil de internação na unidade estudada. Podemos concluir que dor abdominal e pélvica é a primeira causa de internação seguida por laparotomia.

O tempo que os pacientes ficaram internados aguardando a cirurgia foi pequeno, considerando que estes permaneceram internados no máximo por um dia, mesmo quando se tratava de cirurgias eletivas. Sabe-se que o tempo de internação pode influenciar fatores de risco como para infecção, e a recomendação para cirurgias eletivas é de internação o mais próximo possível da cirurgia (SOBECC, 2013). Seguindo-se este parâmetro, os pacientes do estudo estão menos expostos ao risco de infecção.

De acordo com o *National Nosocomial Infection Surveillance* (NNIS) o risco de infecção é aumentado em cirurgias abdominais e quando a classificação ASA é maior que três (OPAS, 2009). Há ainda o tempo recomendado para o procedimento cirúrgico que é de menos de duas horas em laparotomia (CDC, 2004; OPAS, 2009). No presente estudo, o primeiro fator de risco está presente em todos os pacientes por ser a laparotomia o objeto de discussão. A frequência dos pacientes que apresentaram ASA maior que 3 foi representada por 12% (n= 4) do grupo estudado, desta forma o planejamento da assistência de enfermagem, focada no cuidado individualizado, no pós-operatório destes 04 pacientes deve levar em conta a classificação ASA e o risco inerente. O tempo de cirurgia prevalente na amostra está de acordo com a recomendação, pois 93% das cirurgias tiveram duração menor que duas horas. Com isso, podemos perceber que o risco para infecção está presente em todos os pacientes pelo fato de se tratar de cirurgia abdominal. O tempo cirúrgico está dentro do recomendado, mas a classificação ASA deve ser um parâmetro importante a ser observado, pois este dado pode trazer informações relevantes quanto ao risco de infecção e às ações que devem ser adotadas pela enfermagem. Considerando que a individualidade do cuidado proporciona um

olhar mais atento às particularidades de cada paciente, é possível obter melhores resultados na evolução pós-operatória.

A avaliação da ferida operatória considera o processo fisiológico da cicatrização para examinar os aspectos físicos do local da incisão. Essa fundamentação é essencial no trabalho do enfermeiro no sentido de detectar alterações e estabelecer cuidados para prevenir complicações. O processo de inflamação é determinante fundamental nos quatro primeiros dias de recuperação da integridade da pele (FERREIRA; ANDRADE, 2006). Espera-se os sinais característicos deste processo como calor, dor, edema e eritema ou descoloração. O exsudato sanguinolento é comum nas primeiras horas após a cirurgia e regride gradualmente em quantidade dentro de 48 horas, tornando-se serosanguinolento e seroso no fim deste período (FERREIRA; ANDRADE, 2006). A persistência destes sinais nas fases posteriores de cicatrização é um alerta de que houve problemas com a cicatrização, dentre os fatores que podem interferir está a infecção. Além disso, o atraso na cicatrização aumenta o risco de infecção (FERREIRA; ANDRADE, 2006).

Este estudo mostrou 41% dos pacientes apresentando sinais característicos da ferida operatória, sendo a hiperemia a mais frequente. Também houve casos de exsudato sanguinolento e aquoso. Estes dados podem ser considerados dentro do esperado nesta etapa da cicatrização. Já a presença de hematoma pode estar relacionada ao trauma cirúrgico.

O número de pacientes que realizaram cirurgias abdominais previamente (37,5 %) destaca a importância da prevenção de deiscências, já que este é um fator de risco. Dos pacientes avaliados, não houve nenhum caso de deiscência. No entanto, para a assistência de enfermagem é necessário levar-se em conta o risco e reforçar os cuidados no sentido de prevenção de deiscência.

A dor pós-operatória é causada pela resposta inflamatória no local da lesão que ativa os nociceptores, e também por danos eventualmente causados às fibras nervosas (GUADARD, 2010). As cirurgias abdominais ocupam o segundo lugar em intensidade dolorosa, perdendo apenas para as cirurgias torácicas e, quando localizadas em abdome superior a dor que as acompanha é de intensidade mais forte do que a dor que acompanha as cirurgias realizadas na parte inferior do abdome (BASSANEZI, 2006).

Estudo também realizado no pós-operatório de cirurgias abdominais mostra prevalência de 24,24% de dor dentro das primeiras 48 horas pós-operatórias (MOREIRA et al, 2013). No presente estudo, este número foi maior com representação de 72% da amostra.

Das cirurgias avaliadas, 59% tiveram incisão localizada no abdome superior com extensão predominante entre 11 e 20 centímetros. O número alto de relatos de dor (72%) pode estar relacionado a isto, já que 83% dos pacientes com queixas álgicas referiam dor no local da incisão e 59% relataram dor com intensidade moderada e severa.

O aumento da atividade do sistema nervoso autônomo consequente da dor resulta em maior liberação de catecolaminas e hormônios. Quando estas substâncias são liberadas de maneira intensa e prolongada acontecem alterações cardiovasculares como: aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial sistêmica, maior exigência de trabalho do miocárdio, gerando maior risco de arritmias e aumento do consumo de oxigênio (PIMENTA et al, 2001). Um dos casos de hipertensão observados pode estar associado a isto, levando em consideração que a pressão elevada não era conhecida como uma condição crônica do paciente que a apresentou e este relatou intensidade severa de dor. Taquipnéia pode ser uma alteração relacionada à sensação dolorosa, complicação que também foi observada neste estudo (PIMENTA et al, 2001).

A dor aguda pós-operatória de intensidade moderada a severa é uma complicação frequentemente percebida como normal quando não se tem o conhecimento de sua fisiopatologia nem da farmacologia dos analgésicos e adjuvantes. Quando a equipe não está preparada para lidar com a avaliação da dor, acaba priorizando a assistência voltada às outras complicações mais comuns como infecções, fístulas e sangramentos. Com isso, acaba ignorando a dor como uma manifestação incômoda aos pacientes (BASSANEZI, 2006). Na pesquisa ao prontuário, observa-se que todos os pacientes tinham prescrição de analgésicos. A persistência da dor pode estar associada a falhas na prescrição e administração de medicamentos, e também à falta de avaliação ou avaliação inadequada (PEREIRA; SOUSA, 1998). Neste contexto, é necessário que a equipe de enfermagem atente-se para a avaliação da dor e desenvolvimento de condutas adequadas para tratar esta queixa e proporcionar maior conforto aos pacientes.

A terapia farmacológica deve ter prescrições de analgésicos em intervalos regulares e de acordo com a necessidade apresentada pelo paciente. Tão importante quanto isto para o controle da dor aguda, está a escolha dos fármacos, doses, a via e sistema de infusão

adequados, o conhecimento dos possíveis efeitos adversos e a avaliação da eficácia do tratamento para a dor (CHAVES; PIMENTA, 2003). Nossos dados demonstram que 100% dos pacientes possuíam prescrição de analgésicos, no entanto não foram coletados dados acerca de quais classes eram prescritas. Para uma análise mais acurada esta informação é importante tendo em vista que há analgésicos recomendados para dores brandas, como é o caso da dipirona, e outros recomendados para as dores severas, como é o caso dos opioides. Outra informação relevante para a análise em questão é como está o registro da dor e também a administração de analgésicos pela equipe de enfermagem. Se há medicações prescritas, mas a equipe não avalia e não registra a dor, nem registra o uso dos analgésicos ou simplesmente não os administra e não registra o porquê, não se pode saber nem afirmar quais ações estão contribuindo para o mau controle da dor nestes pacientes. Pretende-se obter estas informações futuramente para realizar uma análise mais completa da situação, elencando os principais déficits no controle da dor nestes casos e divulgando à equipe de enfermagem.

A cefaleia foi o tipo de dor relatada por um paciente submetido à raquianestesia. Com isso, pode-se fazer uma relação causal, pois esta dor é uma das complicações mais frequentes deste tipo de anestesia. Como resolução, deve se proceder com repouso, reposição volêmica e endovenosa (STRACIERI, 2008; SOBECC, 2013). Neste caso a assistência de enfermagem deve prezar por orientações ao indivíduo acerca da dor e seu manejo adequado.

A abordagem necessária para o controle adequado da dor não envolve apenas a analgesia farmacológica. É necessário um trabalho multiprofissional que considera os fatores físicos, psicológicos, sociais e espirituais desencadeantes da dor. A analgesia preventiva com administração de medicamentos e técnicas analgésicas antes do procedimento vem sendo recomendadas para contribuir com a evolução do paciente no pós-operatório (MOREIRA et al, 2013). Os conhecimentos básicos sobre os medicamentos analgésicos não são suficientes, é preciso que se desenvolva instrumentos de avaliação adequados mensurando a dor de maneira qualitativa e quantitativa e investigando sua natureza, intensidade e o modo como interfere no conforto e atividades diárias do paciente (PEREIRA; SOUSA, 1998; SOUSA; 2002).

No prontuário eletrônico da unidade em que o estudo foi realizado, há um espaço dentro do grupo de sinais vitais para avaliação da dor, porém observamos que esta anotação nem sempre é realizada e quando o paciente relata dor, a equipe registra a queixa na evolução de enfermagem. A análise individual, caso a caso, será realizada em outro momento para complementação destes dados.

Desta forma, a assistência de enfermagem deve envolver além da administração correta de analgésicos e avaliação da dor, é importante que aconteça o esclarecimento ao paciente da causa da sua dor, o tempo de duração esperado e as medidas para alívio. Quando o paciente conhece esses aspectos, pode colaborar e contribuir para o tratamento. O enfermeiro pode atuar no período pré-operatório com orientações ao paciente e aos familiares, o que facilita o enfrentamento do processo de cirurgia, diminui o tempo de internação hospitalar, reduz as complicações pós-operatórias, melhora o estado psicológico e, conseqüentemente, os níveis de ansiedade (KRUSE et al, 2009). Além disso, dados da literatura indicam que a ansiedade pode levar a alterações fisiológicas resultantes do aumento da atividade do sistema nervoso simpático, notado na elevação da frequência cardíaca, respiratória, pressão arterial, entre outros que podem prejudicar a recuperação do paciente e interferir no conforto (PENICHE; JOUCLAS; CHAVES, 1999).

Dados recentes da literatura mostram que a educação pré-operatória e a administração de analgésicos antes que a dor se inicie reduzem o nível de dor e a quantidade de analgésicos administrados no período pós-operatório (KOL; ALPAR; ERDOGAN; 2013). Isto reforça a importância do trabalho da enfermagem no período anterior à cirurgia com objetivo de educar e esclarecer os pacientes a respeito da dor.

A retenção urinária pós-operatória pode estar associada a diversos fatores como uso de anestésicos e analgésicos, tipo de intervenção cirúrgica, terapia endovenosa, posição e falta de privacidade do paciente. Durante as primeiras horas de pós-operatório espera-se que uma parcela dos pacientes irá apresentar dificuldades com a diurese espontânea. Geralmente, a principal causa é a perda do tônus e do reflexo de micção, ambos dependentes do Sistema Nervoso Autônomo, causada pelos anestésicos. No caso de raquianestésias, esta perda pode ser ainda mais pronunciada devido ao efeito dos anestésicos locais somado aos opioides – a combinação de fármacos mais comumente utilizada. Neste sentido, os medicamentos opioides podem interferir no aumento do tônus e da amplitude das contrações do esfíncter urinário, diminuindo a contratatura do ureter, o que acaba prejudicando a micção espontânea (FERNANDES; COSTA; SARAIVA, 2007). O estudo apresentou um paciente com dificuldade urinária, o qual tinha sido realizada a raquianestesia e estava com prescrição de opioides. Isto demonstra a necessidade de ter uma avaliação da equipe de enfermagem quanto à frequência urinária, investigando as causas das alterações encontradas e intervindo antes que resulte em maiores complicações. Inicia-se a abordagem explicando ao paciente o porquê da retenção urinária e que é uma condição totalmente reversível. Em seguida utiliza-se técnicas

de relaxamento e que facilitem a micção espontânea como tentativas durante o banho e situações com presença de água; também a promoção de privacidade. Caso estas manobras não surtam efeito pode-se realizar, em último caso, o cateterismo vesical de alívio.

A motilidade do trato gastrointestinal após cirurgia retorna mais rapidamente no intestino delgado, tendo seu peristaltismo fisiológico de volta entre quatro a oito horas pós-operatórias, já a peristalse do cólon esquerdo e do estômago retorna mais lentamente, levando em média de 24 a 48 horas (AGUILAR-NASCIMENTO; GÖELZER, 2002). Além disso, o estímulo do sistema nervoso simpático em consequência da dor pode levar a redução do tônus intestinal, o esvaziamento gástrico torna-se mais lento, o que pode ter como consequência o íleo paralítico, náuseas e vômitos (PIMENTA et al, 2001). Demonstrando assim como a falta de tratamento adequando da dor pode trazer prejuízos a recuperação dos indivíduos.

Os fatores acima descritos podem explicar os dados obtidos na avaliação do sistema digestório que mostram predominância de abdome globoso, grande parte dos pacientes com eliminações intestinais ausentes, frequência alta de ruídos hidroaéreos hipoativos à ausculta e sons timpânicos à percussão. Esse resultado também pode evidenciar a presença de gases na região abdominal. Nesse sentido, é vantajoso o fato de maior parte dos pacientes já estarem deambulando, pois esta é uma manobra que estimula a eliminação de flatos. A prescrição de medicamentos com esta finalidade foi observada em 34% dos pacientes.

Por isto, ressalta-se a importância da orientação quanto à ingestão de alimentos e a deambulação. Cabe ao enfermeiro examinar o paciente e se atentar a qualquer sinal ou sintoma característico de complicações na região abdominal.

No presente estudo, a êmese esteve presente em 40% dos pacientes, que pode ser considerado elevado se comparado ao estudo desenvolvido por (BARBOSA; BRANDÃO; ALMEIDA, 2010), onde foi encontrado uma frequência de 26,6% de vômito no pós-operatório. No estudo citado, os medicamentos antieméticos foram administrados em 85% dos pacientes após a cirurgia. Os dados obtidos na presente pesquisa mostram uma frequência de prescrição de antiemético em 90% dos pacientes estudados. Nesse contexto, atenta-se para a importância da equipe de enfermagem investigar e registrar a presença de vômitos e náuseas, para que as medidas terapêuticas sejam adotadas, como a administração de medicamentos e no conforto do paciente. Da mesma forma que para os dados referentes ao controle da dor, não investigamos as anotações nem a checagem de antieméticos pela equipe

de enfermagem. Estes fatores serão investigados posteriormente para que se possa compreender quais as falhas no manejo da êmese.

A dieta da maioria dos pacientes era sólida, o que está de acordo com o preconizado de que a ingestão de alimentos após cirurgia deve ser feita o mais rápido possível, considerando a estabilidade hemodinâmica do paciente (FONSECA, 2006). Também cabe a enfermagem as orientações aos pacientes quanto à necessidade de ingesta, o tempo de início da dieta e a explicar sobre as dúvidas que possam surgir. Além disso, o modo como o paciente aceita a dieta deve ser observado e registrado para que a assistência seja voltada a isto, levando em consideração a presença de êmese, os níveis de ansiedade, entre outros.

Em relação ao edema observado pode-se relacionar à imobilidade no leito e à soroterapia. Como este é um sinal que traz informações importantes da função cardíaca e renal, o enfermeiro deve avaliar a presença e persistência do edema, analisar os exames que podem indicar alguma alteração renal e orientar o paciente quanto à observação da diurese.

Diante do perfil encontrado, destacamos a importância de práticas voltadas ao risco de infecção que engloba esse tipo de cirurgia. A dor foi um achado preocupante visto que interfere no conforto do paciente, pode desencadear outras complicações e existem diversos modos de tratamento eficaz. A equipe de enfermagem também deve voltar sua assistência às alterações no sistema digestório, avaliando e orientando o paciente sobre sua evolução no período pós-operatório. Na tabela 21 estão listadas as principais complicações encontradas no estudo, as necessidades geradas e as propostas de ações de enfermagem para atingir estas necessidades.

Tabela 21 – Principais complicações encontradas no estudo, necessidades e ações de enfermagem propostas.

Complicações	Necessidades	Ações de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> - Amplitude respiratória (35%) - Taquipnéia (31%) 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a amplitude; - Manter a frequência respiratória normal; 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a causa da alteração; - Desenvolver medidas para melhorar o padrão respiratório.

<ul style="list-style-type: none"> - Abdome globoso (59%) - Ruídos hidroaéreos hipoativos - Sons timpânicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a distensão; - Eliminar flatos; - Eliminações intestinais presentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar quanto à ingesta de alimentos; - Estimular a eliminação dos flatos; - Descrever no prontuário e comunicar a equipe.
<ul style="list-style-type: none"> - Vômito (40%) 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir o número de episódios; - Manter o conforto do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar a presença e frequência de vômitos; - Administração de antieméticos;
<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade de urinar (3%) 	<ul style="list-style-type: none"> - Atingir a micção espontânea. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exame globo vesical; - Técnicas para facilitar a micção; - Promoção de privacidade; - Cateterismo vesical de alívio.
<ul style="list-style-type: none"> - Cefaleia (3%) 	<ul style="list-style-type: none"> - Controle da dor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre a dor - Posicionamento do paciente - Reposição de líquidos - Administrar analgésicos
<ul style="list-style-type: none"> - Dor (72%) 	<ul style="list-style-type: none"> - Alívio da dor; - Manter o conforto do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Educação no pré-operatório; - Avaliar a dor quanto ao local, natureza, intensidade; - Registrar a ocorrência de dor; - Investigar o modo como interfere no conforto; - Orientar sobre as medidas para o alívio; - Administrar analgésicos prescritos.

Desta forma, vale ressaltar a importância da avaliação e realização do exame físico na atuação do enfermeiro como uma etapa fundamental na obtenção de informações básicas sobre o estado do paciente, de forma a subsidiar a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, definir as intervenções, avaliar a evolução e a efetividade dos cuidados prestados (BARROS, 2010). Isto é reforçado no Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) que é estruturada no processo de enfermagem e no atendimento às necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta, proporcionando uma assistência participativa e continuada onde o enfermeiro tem a função de executar e avaliar o processo (CASTELLANOS; JOUCLAS, 1990; THIESEN, 2005; SOBECC, 2013).

Nesse contexto, é interessante prestar uma assistência com foco nas complicações relacionadas à laparotomia, mas que não desconsidere a integralidade do paciente. A equipe de enfermagem tem papel relevante em todo o processo de hospitalização, pois o cuidado deve ter uma continuidade, buscando a prevenção destas complicações e uma boa evolução do estado de saúde do paciente no período pós-operatório.

CONCLUSÕES

- O perfil sócio demográfico mostrou a maioria dos pacientes do sexo feminino (59%) e com faixa etária predominante entre 29 e 38 anos (34%);
- Em relação ao momento operatório, 50% da amostra foi submetida à cirurgia de urgência e 50% submetida à cirurgia eletiva;
- Os pacientes ficaram internados por, no máximo, 01 dia antes do procedimento cirúrgico;
- A principal causa que levou os pacientes ao tratamento cirúrgico e abordagem laparotômica foi dor abdominal e pélvica;
- Quanto às características da cirurgia, na maior parte dos pacientes foi realizado raquianestesia, com maioria das incisões localizadas no abdome superior e com extensão prevalente de 11 a 20 cm;
- Os fatores de risco para infecção estão em sua maioria dentro do recomendado pela literatura, destacando o fato de que a cirurgia abdominal por si só compõe um alerta para este risco. Desta forma, a assistência de enfermagem ao paciente submetido à laparotomia deve levar em consideração o risco para infecção. Além disso, os pacientes que apresentam classificação ASA maior que 3 necessitam que seja priorizada a prevenção e vigilância de infecções na assistência de enfermagem;
- Em geral, os pacientes não apresentaram complicações relacionadas aos sistemas termorregulador e cardiovascular. Um paciente apresentou hipotermia e um paciente apresentou hipertensão isoladamente;
- A taquipnéia esteve presente em 31% dos pacientes e caracterizou-se como a complicação observada para o sistema respiratório;
- A êmese esteve presente em 40% dos pacientes. Para o sistema digestório destaca-se ainda os achados do exame físico, onde a maioria apresentou abdome globoso à inspeção, ruídos hidroaéreos hipoativos à ausculta e sons timpânicos à percussão;
- As feridas operatórias avaliadas apresentaram sinais característicos da fase de cicatrização que se encontravam, mas destaca-se a necessidade de avaliação e registro contínuos, pois a persistência de alguns sinais sugere complicações;

- A dor aguda pós-operatória foi uma complicação observada para o sistema sensorial, apresentando-se como queixa de 72% dos pacientes. Ainda, mais da metade dos pacientes com dor relataram que sua intensidade era moderada a severa;
- A avaliação da prescrição medicamentosa revelou prescrição de analgésicos para todos os pacientes (100%) com queixa de dor;
- Apesar da queixa de dor, a maioria dos pacientes relatou sono preservado;
- A capacidade de autocuidado esteve preservada nos pacientes avaliados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR-NASCIMENTO, José Eduardo de; GOELZER, Júlio. Alimentação precoce após anastomoses intestinais: riscos ou benefícios? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 48, n. 4, Dez. 2002.

ANDRADE, Aderivaldo Coelho de et al. Anastomose bílio-digestiva sem descompressão gástrica. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, Ago. 2006.

American Society of Anesthesiologists. ASA Physical Status Classification System. Disponível em <asaq.org/clinical/physicalstatus.htm>. Acesso em 01/06/2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. **Práticas Recomendadas SOBECC**. 6. ed. São Paulo: Manole, 2013.

BARBOSA, Fabiano Timbó; BRANDAO, Roberta Ribeiro Marques; ALMEIDA, Roberta Louise Künzler A. de. Frequência do vômito após cirurgia abdominal de urgência em hospital público de referência. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, Ago. 2010.

BARROS, Alba Lucia Botura Leite de. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto . 2. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2010. 400 p.

BASSANEZI, Betina Sílvia Beozzo; OLIVEIRA FILHO, Antonio Gonçalves de. Analgesia pós-operatória. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 2, Abr. 2006

BRUNNER, Lillian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith; SMELTZER, Suzanne C. O'Connell. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CARVALHO, Rachel de; BIANCHI, Estela Regina Ferraz (Coord.). **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. Barueri: Manole, 2007.

CASTELLANOS, B.E.P.; JOUCLAS, V.M.G. Assistência de enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 359-370, dez. 1990.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)/ National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, data summary from January 1992 through June 2004, issued October 2004. *American Journal Infection Control*: v 32. n 8.p 470-485. Dec. 2004.

CHAVES, Lucimara Duarte; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos. Controle da dor pós-operatória: comparação entre métodos analgésicos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 11, n. 2, Mar. 2003 .

FERNANDES, Maria do Carmo Barretto de Carvalho; COSTA, Verônica Vieira da; SARAIVA, Renato Ângelo. Retenção urinária pós-operatória: avaliação de pacientes em uso de analgesia com opioides. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 15, n. 2, Abr. 2007

FERREIRA, Adriano M.; ANDRADE, Denise de. Sítio cirúrgico: avaliação e intervenções de enfermagem no pós-operatório. **Arq Ciênc Saúde**. São José do Rio Preto. v. 13, n. 1, jan-mar. 2006.

FILARDO, Flávia De Almeida; FARESIN, Sonia Maria; FERNANDES, Ana Luisa Godoy. Validade de um índice prognóstico para ocorrência de complicações pulmonares no pós-operatório de cirurgia abdominal alta. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 48, n. 3, Set. 2002.

FONSECA, P.C. **Estado nutricional e adequação da ingestão alimentar em pacientes submetidos a laparotomia**. Dissertação (Mestrado em Ciência de Alimentos) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

FONSECA-NETO, Olival Cirilo Lucena da; VASCONCELOS, Rômulo; MIRIAN, Antônio Lopes de. Fatores de risco associados à deiscência aponeurótica no fechamento da parede abdominal. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo, v. 21, n. 1, Mar. 2008.

FORGIARINI JUNIOR, Luiz Alberto et al . Atendimento fisioterapêutico no pós-operatório imediato de pacientes submetidos à cirurgia abdominal. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 35, n. 5, Mai 2009.

GUADARD, A.M.I.S. **Efetividade do tratamento da dor pós-operatória de pacientes submetidos à cirurgia abdominal de médio e grande porte em dois hospitais públicos de Brasília**. Dissertação (Mestrado em Efetividade em Saúde Baseada em Evidências) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.

GOFFI, Fábio Schmidt; TOLOSA, Erasmo Magalhães Castro de (Ed.). **Técnica cirúrgica: bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007.

KOL, Emine; ALPAR, Sule Ecevit; ERDOGAN, Abdullah. Preoperative education and use of analgesic before onset of pain routinely for post-thoracotomy pain control can reduce pain effect and total amount of analgesics administered postoperatively. **Pain Management Nursing**. 2013, p. 1-9.

KRUSE, M.H.L. et al. Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. **Rev. Eletr. Enf.** v. 11, n. 3, 2009, p. 494-500.

LIMA, Geraldo José de Souza et al . Appendectomy videoassistida por acesso único transumbilical comparada à via laparoscópica e laparotômica na apendicite aguda. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo, v. 25, n. 1, Mar. 2012.

MORAES, Lygia Oliveira de; PENICHE, Aparecida de Cássia Giani. Assistência de Enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, Dez. 2003.

MOREIRA, Luciane et al . Analgesia no pós-cirúrgico: panorama do controle da dor. **Rev. dor**, São Paulo, v. 14, n. 2, Jun. 2013 .

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segundo desafio Global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas**. Rio de Janeiro: ANVISA. 2009.

PENICHE, Aparecida de Cassia Giani; JOUCLAS, Vanda Maria Galvão; CHAVES, Eliane Corrêa. A influência da ansiedade na resposta do paciente no período pós-operatório. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 33, n. 4, Dez. 1999 .

PEREIRA, Lilian Varanda; SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Estimação em categorias dos descritores da dor pós-operatória. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 6, n. 4, Oct. 1998 .

PETROIANU, Andy. **Clínica Cirúrgica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. São Paulo: Atheneu, 2010.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos et al . Controle da dor no pós-operatório. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 35, n. 2, Junho 2001 .

RODRIGUES, Joaquim José Gama; MACHADO, Marcel Cerqueira César; RASSLAN, Samir (Coord.) HOSPITAL DAS CLÍNICAS (FMUSP). **Clínica cirúrgica**. Barueri: Manole, 2008.

ROSSI, Luiz Antonio; BROMBERG, Sansom Henrique. Estudo prospectivo do derrame pleural pós-cirurgia abdominal e dos fatores de risco associados: avaliação por ultrassonografia. **Radiol. Bras.**, v. 38, n. 2, 2005, p. 101-106.

ROTHROCK, Jane C.; ALEXANDER, Edythe Louise. **Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 13. ed. Rio de Janeiro, 2008.

SILVA, Fabiana Alvares, et al. Tratamento fisioterapêutico no pós-operatório de laparotomia. **J. Health Sci. Inst.** v. 28, n. 4, 2010, p. 341-344.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO - SBH. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. **Revista Hipertensão**. v. 13, n. 1, jan-mar., 2010.

SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Dor: o quinto sinal vital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, Jun. 2002 .

SOUZA, Hamilton Petry de et al . Antibioticoterapia no trauma abdominal penetrante com lesão gastrointestinal: estudo comparativo entre dois esquemas terapêuticos. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, Out. 2002.

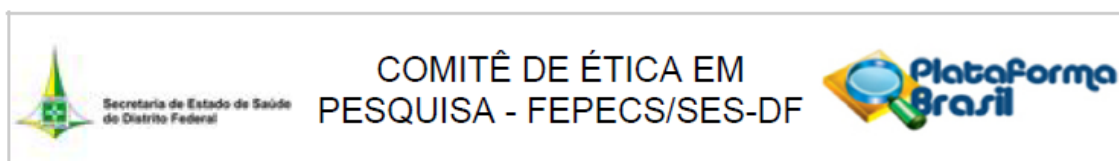
STRACIERI, Luiz Donizete da Silva. Cuidados e complicações pós-operatórias. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 41, n.4, 2008, p. 465-8.

TAZIMA, Maria de Fátima G S; VICENTE, Yvone A Moraes V de Andrade; MORYA, Takachi. Laparotomia. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.44, n. 1, 2011, p. 33-38.

THIESEN, M. **Sistematização da assistência de Enfermagem perioperatória: contribuição para o bem estar da pessoa cirúrgica**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ZAPPELINI, Carlos Eduardo Monteiro et al. Avaliação de hipotermia na sala de recuperação pós-anestésica em pacientes submetidos a cirurgias abdominais com duração maior de duas horas. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 37, n. 2, 2008.

Anexo A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Caracterização do perfil de pacientes no período pós-operatório de laparotomia em Clínica Cirúrgica.

Pesquisador: Mani Indiana Funez

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15503413.9.0000.5553

Instituição Proponente: Hospital Regional de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 284.612

Data da Relatoria: 27/05/2013

Apresentação do Projeto:

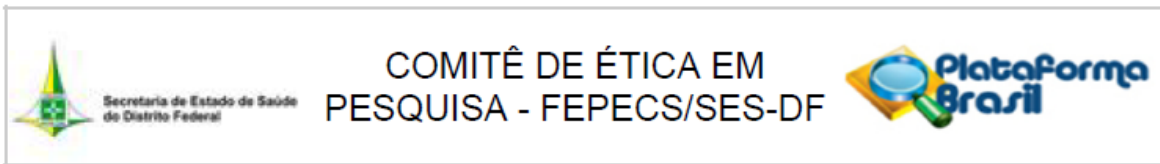
A intervenção cirúrgica de acesso aos órgãos abdominais denominada de laparotomia é realizada com diversas finalidades que se estendem desde o diagnóstico até o tratamento de uma patologia. Propõe-se caracterizar o perfil de pacientes submetidos a este tipo de cirurgia, levando em consideração que a recuperação de cada paciente é um aspecto individual dependente de fatores específicos do procedimento, do seu estado clínico pré-operatório e cuidados pós-operatórios. A pesquisa será realizada por meio da coleta de dados de pacientes que estiverem nas primeiras 48 horas após a laparotomia, internados na Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Regional de Ceilândia. Busca-se levantar as causas que levaram à necessidade de intervenção cirúrgica; identificar as complicações relacionando-as ao procedimento e aos fatores de risco; e propor ações no cuidado pós-operatório.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Caracterizar o perfil dos pacientes em fase pós-operatória mediata de laparotomia internados na Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Regional de Ceilândia, considerando o tipo de laparotomia e as condições prévias que levaram o paciente à necessidade desta intervenção terapêutica.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepesedf@saude.df.gov.br



Continuação do Parecer: 284.612

Objetivo Secundário:

- Efetuar levantamento das causas do tratamento cirúrgico por meio de laparotomia na população de pacientes internados na Unidade de Clínica Cirúrgica do HRC;- Avaliar os pacientes por meio de exame físico, entrevista, leitura de prontuário e identificar complicações relacionadas ao tratamento cirúrgico nas primeiras 48 horas decorridas da intervenção cirúrgica; - Categorizar as principais complicações e necessidades identificadas;- Propor ações no cuidado de enfermagem que podem contribuir para otimizar a recuperação do paciente ou mesmo minimizar complicações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Tendo em vista que será realizada entrevista seguida de exame físico e leitura de prontuário dos pacientes; que todos estes procedimentos serão executados somente após o Consentimento Livre e Esclarecido dos pacientes; que não serão abordados pacientes que fazem parte de grupos vulneráveis (idosos, crianças, pacientes com comprometimento neurológico que impeça o entendimento dos procedimentos realizados) e que não serão realizados procedimentos invasivos, consideramos que este trabalho não implicará riscos para a população estudada.

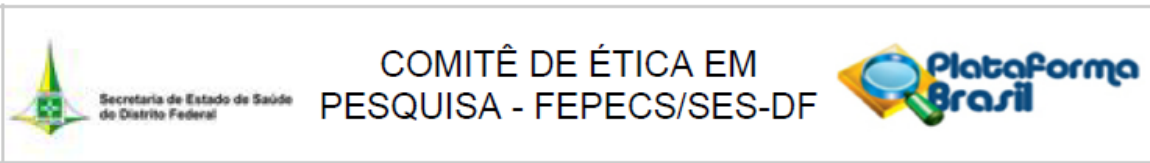
Benefícios:

O conhecimento do perfil do paciente submetido a tratamento cirúrgico de laparotomia internado em uma unidade de clínica cirúrgica possibilita o aprimoramento do processo de enfermagem, fornecendo subsídios para o estabelecimento de protocolos que permitirão que a equipe trabalhe com foco nas necessidades deste tipo de paciente, atentando-se para as possíveis complicações, priorizando intervenções que as previnam ou reduzam. Além disso, pode evidenciar a importância do acompanhamento rotineiro do paciente, com avaliação de sua evolução cirúrgica durante todo o período de internação

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo observacional, transversal, exploratório com abordagem quali-quantitativa. O estudo será realizado na Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Regional de Ceilândia, HRC. População de referência: Pacientes internados em Clínica Cirúrgica submetidos à laparotomia. População de estudo: Pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos de idade após procedimento cirúrgico com abordagem laparotômica. Equipe de execução será composta por acadêmica pesquisadora e professora orientadora. Os dados serão obtidos por meio de um instrumento próprio composto por quatro grupos: 1) dados sócio-demográficos, 2) características da cirurgia, 3) informações pré-operatórias e 4) anamnese e exame

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepesdf@saude.df.gov.br



Continuação do Parecer: 284.612

físico. Serão coletados dados dos pacientes no período pós-operatório de laparotomia internados

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Pendencia foi atendida.

Recomendações:

Apresentar Relatório Final ao término da Pesquisa através da Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 27 de Maio de 2013

Assinador por:
luiz fernando galvão salinas
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br



Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia

Projeto: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO DE LAPAROTOMIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA

Apêndice I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O(a) senhor(a) é nosso convidado a participar do projeto de pesquisa “Caracterização do perfil do paciente no período pós-operatório de laparotomia em clínica cirúrgica”, que tem como objetivo caracterizar o perfil dos pacientes em fase pós-operatória mediata de laparotomia internados na Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Regional de Ceilândia, considerando o tipo de laparotomia e as condições prévias que levaram o paciente à necessidade desta intervenção terapêutica. Sua participação se dará por meio da realização de exame físico e entrevista que visa avaliar a evolução do seu estado geral no período de internação após a cirurgia. Este trabalho é importante pois apresentará como produto final um perfil dos pacientes submetidos a laparotomia e assim fornecerá subsídios para um melhor atendimento de enfermagem.

Gostaríamos de contar com o seu consentimento para utilização dos resultados obtidos, lhe assegurando que o seu nome não aparecerá e será mantido sigilo total de quaisquer informações que possam identificá-lo.

O(a) senhor(a) receberá os esclarecimentos necessários no início e no decorrer da pesquisa. A qualquer momento, poderá solicitar maiores explicações às pesquisadoras pelo telefone: (61)91635793 ou por correio eletrônico: raquel.psouza@hotmail.com e pelo telefone: (61)96686608 ou por correio eletrônico: mani@unb.br. As informações também podem ser solicitadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF pelo telefone: (61)33254955.

A sua participação pode ser cancelada a qualquer instante sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Caso julgue prejudicial à sua integridade física, moral ou social, é possível se negar a fornecer qualquer informação.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. Os resultados serão expostos para discentes, docentes e público interessado, podendo ser publicados posteriormente.

Este documento será assinado em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra permanecerá com você.

Brasília, ____ de _____ de 2013

Participante:

Nome: _____ Ass.: _____

Pesquisador:

Nome: _____ Ass.: _____

Apêndice II
Instrumento de coleta de dados

Data: ____/____/____ Horário: ____:____

tempo decorrido da cirurgia: ____

1) Dados sociodemográficos

*Nome: _____ *Sexo: ()F ()M

*Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos

*Data da internação: ____/____/____ SES: _____

2) *Características da cirurgia

Data da cirurgia: ____/____/____ Horário admissão SRPA: ____:____

Tempo de cirurgia: _____ ASA: _____ Tipo de anestesia: _____

Local da incisão: _____ Extensão: _____

() uso de sonda nasogástrica

() transfusão de sangue

Cirurgias anteriores: _____

3) Informações pré-operatórias

*Motivo da internação: _____

*Tempo de internação: ____ dias

*Diagnóstico médico: _____

Doenças pré-existentes: _____

Fatores de risco: () etilismo () tabagismo () obesidade () desnutrição

*Medicamentos em uso: _____

4) Anamnese e exame físico

Movimentação: () deambula () deambula com auxílio () acamado () restrito ao leito

Dor: () contínua () intermitente () superficial () profunda () SEM DOR

Localização: _____ Intensidade: _____

Sono/repouso: _____

Higiene: _____

Alimentação: () sólido () líquido () SNE

Hidratação: _____

Presença de náuseas/vômitos: _____

Eliminações urinárias:

cor: _____ frequência: _____

() Sonda vesical

() Eliminações intestinais ausentes

() Eliminações intestinais presente:

frequência: _____ aparência: _____

SSVV:

PA: _____ x _____ mmHg Frequência cardíaca: _____ bat./min.

Temperatura: _____ °C Freq. respiratória: _____ r.p.m.

Pele/tecidos: () sem alterações () cianose () icterícia () hipocorado () reações alérgicas () outras lesões _____

Aparelho respiratório:

Amplitude: () normal () superficial () profunda

Palpação: () expansão torácica normal () expansão torácica diminuída

Percussão: _____

Ausulta: () murmúrios vesiculares () ruídos adventícios _____

() sem tosse () tosse produtiva () tosse seca

Aparelho cardiovascular:

() ritmo normal () arritmia

Ausulta: _____

Perfusão: _____

() sem edema () edema _____/4+

Abdome:

Inspeção: () plano () globoso () protuberante () escavado

Ausulta: QID: _____ QSD: _____ QSE: _____ QIE: _____

Percussão: QID: _____ QSD: _____ QSE: _____ QIE: _____

Palpação superficial: () indolor () presença de dor

() presença de ostomia () outras alterações _____

Ferida operatória:

() cicatrização normal () alteração na cicatrização

() presença de sinais flogísticos _____

() sem exsudato () exsudato seroso () exsudato aquoso () exsudato sanguinolento () exsudato purulento

Observações: _____

*Medicamentos prescritos pós-cirurgia:

